

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2012

Janina Hirvonen, Saana Mashiri & Heidi Van Gysel

Hyvinvointiteknologia ikääntyneiden kotona selviytymisen tukena

- Syöpäpotilaan tukeminen ja ryhmäohjaus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma|Sairaanhoitaja

Toukokuu 2012 | 67 sivua + 5 liitettä

Ohjaaja Sari Asteljoki

Janina Hirvonen, Saana Mashiri & Heidi Van Gysel

HYVINVOINTITEKNOLOGIA IKÄÄNTYNEIDEN KOTONA SELVIYTYMISEN TUkena - SYÖPÄPOTILAAN TUKEMINEN JA RYHMÄOHJAUS

Tämä opinnäytetyö käsittelee ikääntyneiden kotona selviytymisen tukemista hyvinvointiteknologian avulla. Työ on toteutettu osana VIRTU-projektia, jonka tavoitteena on luoda saaristoalueille hyvinvointitekнологiaa hyödyntävä sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelumalli. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa terveyttä ja toimintakykyä edistäviä ohjelmia kotona asuville ikääntyneille ja omaishoitajille. Suunnittelimme ja toteutimme neljä vuorovaikutuksellista hyvinvointiohjelmaa VIRTU-kanavan asiakkaille, jotka ovat Naantalissa asuvia kotihoidon asiakkaita. Lähetykset toteutettiin videoneuvottelulaitteella, jonka avulla ryhmä ihmisiä voi nähdä ja kuulla toisensa samanaikaisesti. Lähetyksissä käsiteltiin yleisimpiä syöpiä, niiden oireita sekä syöpäsairaiden elämänlaatua ja selviytymistä.

Työn ensisijaisena tavoitteena oli, että lähetykset ovat mielenkiintoisia ja hyödyllisiä osallistujille. Osatavoitteita olivat kohderyhmän tiedon lisääntyminen syövän oireista sekä keskustelun herääminen syövän aiheuttamista vaikutuksista hyvinvointiin. Kolmas tavoitteemme oli löytää tiedonhaun avulla aiheeseen liittyvää uusinta ja luotettavaa tutkittua tietoa.

Kirjallisuuskatsauksen keskeisiksi käsitteiksi nousivat ikääntyneet, hyvinvointitekнологia, terveyden edistäminen, vertaistuki, ryhmäohjaus ja syöpätaudit. Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan päätellä, että hyvinvointitekнологiaa on hyödynnetty jo useissa maissa ikääntyneiden kotona selviytymisen tukena. Hyvinvointitekнологia edistää ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä, lisää turvallisuutta sekä vähentää sosiaalista eristäytymistä.

Lähetyksissämme tunnelma oli myönteinen ja asiakkaat osallistuivat keskusteluun aktiivisesti. Saavutimme lähetyksille asettamamme tavoitteet ja olemme lopputulokseen tyytyväisiä. Positiivinen kokemus etäohjauksesta lisäsi kiinnostusta tämän kaltaiseen työskentelyyn tulevaisuudessakin.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hyvinvointitekнологian sovellukset sopivat erityisen hyvin syrjäseuduilla asuvien ikääntyneiden kotona asumisen tukemiseen. Hyvinvointitekнологian hyödyntäminen syöpäpotilaiden vertaistukiryhmien ja ryhmäohjauksen apuna kannattaa tutkia ja kehittää edelleen.

ASIASANAT: vanhuksat, hoidonohjaus, vertaisryhmä, omaishoito, telehoitotyö, maaseudun terveyspalvelut, syöpä ja selviytyminen.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Program of Nursing | Registered Nurse

May 2012 | 67 pages + 5 appendices

Instructor Sari Asteljoki

Janina Hirvonen, Saana Mashiri & Heidi Van Gysel

TELECARE IN SUPPORT OF ELDERLY LIVING AT HOME – CANCER PATIENT PEER SUPPORT AND GROUP COUNSELING

This thesis studies the use of telecare in support of elderly people living at home. It is a part of the VIRTU-project (Virtual Elderly Care Services on the Baltic Islands). The aim of the project is to create, in the archipelago areas, a social and health services concept based on telecare technology. The purpose of this practical thesis was to produce broadcasts promoting the health of the elderly and their family caregivers. We planned and executed four interactive wellbeing broadcasts to VIRTU-channel customers in the Naantali area. The broadcasts were done with video conferencing equipment allowing group members to see and hear each other simultaneously. The broadcasts dealt with the most common types of cancer, cancer symptoms, coping with cancer and the quality of life of cancer patients.

The primary objective of this work was to provide participants with interesting and useful broadcasts. Other goals were to increase the knowledge on cancer symptoms within the target audience and inspire discussion on the effects of cancer on quality of life. Another objective was to find the latest reliable research data on the subjects and themes of the work.

The key terms in the literature review were aged, telecare, health promotion, peer support, group counseling and cancer. Based on the review it can be stated that telecare has been used in several countries to support elderly people in their homes. It promotes independence, supports survival, increases security and prevents social seclusion.

The atmosphere in our broadcasts was positive and the group members took part in discussion actively. We reached our targets and we are satisfied with the results of the broadcasts. The positive experience increased our interest in this kind of working method.

The conclusion is that the application of telecare in the case of the VIRTU-channel is particularly well suited to support the elderly at their homes in rural areas. Further study and development is warranted on the use of telecare in cancer patient group counseling and peer support.

KEYWORDS: Aged, Patient Education, Peer Group, Home Nursing, Telenursing, Rural Health Services, Cancer and Survival.

SISÄLTÖ

| | |
|--|-----------|
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET | 8 |
| 3 VÄESTÖN IKÄÄNTYMISEN HAASTEET | 10 |
| 3.1 Yksin asuminen sekä omaishoitajuus | 11 |
| 3.2 Kotihoidon palveluiden järjestäminen | 12 |
| 3.3 Ikääntyvien palvelut syrjäseuduilla | 14 |
| 3.4 Ikääntymisen haasteita Naantalissa | 15 |
| 4 KOTONA ASUMISTA TUKEVIEN PALVELUIDEN KEHITTÄMINEN | 16 |
| 4.1 Hyvinvointiteknologia | 16 |
| 4.2 Hyvinvointiteknologia kotona asumisen tukena | 17 |
| 4.3 VIRTU-projekti | 20 |
| 5 IKÄÄNTYNEIDEN TERVEYTTÄ EDISTÄVÄT MENETELMÄT | 21 |
| 5.1 Terveyden edistäminen vertaistuen avulla | 23 |
| 5.2 Ryhmäohjaus | 24 |
| 5.3 Asiakkaan voimaannuttaminen | 25 |
| 6 SYÖPÄTAUDIT | 26 |
| 6.1 Syövän oireet | 27 |
| 6.2 Eturauhasen syöpä | 28 |
| 6.2.1 Oireet ja toteaminen | 29 |
| 6.2.2 Hoito ja ennuste | 29 |
| 6.3 Rintasyöpä | 30 |
| 6.3.1 Oireet ja toteaminen | 31 |
| 6.3.2 Hoito ja ennuste | 32 |
| 6.4 Syövän psyykkiset vaikutukset | 33 |
| 6.5 Psykososiaalinen selviytyminen | 34 |
| 6.6 Sosiaalinen ja emotionaalinen tuki | 35 |
| 6.7 Syöpäjärjestöjen tukiryhmät | 37 |
| 6.8 Syöpäpotilaan omaiset | 38 |
| 6.9 Hyvinvointiteknologia syöpäpotilaan tukemisessa | 39 |

| | |
|--|-----------|
| 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS | 41 |
| 7.1 Teoreettisen osuuden toteuttaminen | 42 |
| 7.2 Toiminnallisen osuuden toteuttaminen | 44 |
| 7.2.1 Lähetyskset 1 ja 2 | 47 |
| 7.2.2 Lähetyskset 3 ja 4 | 48 |
| 7.3 Toiminnallisen osuuden arviointi | 50 |
| 8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS | 53 |
| 9 POHDINTA | 56 |
| LÄHTEET | 61 |

LIITTEET

Liite 1. Lähetys 1.
Liite 2. PowerPoint, Lähetys 1.
Liite 3. Lähetys 2.
Liite 4. PowerPoint, Lähetys 2.
Liite 5. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus.

KUVAT

| | |
|---|----|
| Kuva 1. Opinnäytetyöryhmä VIRTU-lähetyksessä. | 49 |
|---|----|

1 JOHDANTO

Suurin osa ikääntyneistä ihmisistä haluaa asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan terveysongelmista huolimatta (Eerola ym. 2001, 55). Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen mukaan kuntien tulisi panostaa ennalta ehkäiseviin ja kuntouttaviin palveluihin sekä asiakasystävällisen teknologian hyödyntämiseen ikääntyneiden kotona asumisen tukemiseksi.

Väestöennusteiden mukaan Suomi on EU:n vanhusvoittoisin maa vuonna 2020. Epäedullinen väestörakenne luo sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita järjestäville tahoille paineita. Erityisesti syrjäisillä alueilla, joilla ikääntyvän väestön suhteellinen osuus on jo nyt erityisen suuri, tulee olemaan vaikeuksia täyttää palveluvelvoitteita. Valtion ja kuntien tulisi luoda edellytyksiä palvelujen turvaamiseksi kaikille väestöryhmille maan eri osissa. Syrjäisten alueiden ikääntyneiden palvelutarpeen tyydyttämiseksi tarvitaan uudenlaisia vaihtoehtoja, kuten kotihoitoa tukevia teknologisia innovaatioita. (Sisäasiainministeriö 2006, 14, 38–39.)

Ikääntynyt väestö ja työikäisten aikuisten laskeva määrä ovat eurooppalaisen terveydenhuollon keskeisiä haasteita. Laadukkaiden ja kustannustehokkaiden kunnallisten palveluiden tuottaminen ikääntyneille vaatii uusia ratkaisuja. Työikäisten aikuisten pienenevä määrä asettaa kunnille vakavia haasteita rekrytoida ja pitää työssä nykyisten hoitopalveluiden vaatimia päteviä sairaanhoitajia ja muita hoitotyön ammattilaisia. (Magnusson & Hanson 2005, 645.) Työvoimapolun uhatessa tarvitaan uusia toimintatapoja terveydenhoitojärjestelmän haasteista selviytymiseksi (Melkas ym. 2007, 50).

Suomen, Ahvenanmaan ja Viron saaristoalueet ovat isojen haasteiden edessä niin sosiaalisella, poliittisella kuin taloudellisellakin tasolla. Palveluiden järjestämisvastuussa olevilla kunnilla on vaikeuksia tuottaa tasavertaisia palveluita kaupunkeihin ja syrjäisille alueille. Väestön ikääntyminen, pitkät välimatkat ja osaavan työvoiman saatavuus ovat alueen tyypillisiä ongelmia. Uusien toimin-

tamallien kehittäminen on välttämätöntä, jotta saaristoalueiden palveluiden laajuus ja taso pystytään tulevaisuudessa turvaamaan. (VIRTU-projekti 2011a.)

Opinnäytetyömme on osa VIRTU-projektia, jossa toimijoina ovat muun muassa Turun ammattikorkeakoulu ja Naantalın kaupunki. VIRTU eli ”Virtual Elderly Care Services on the Baltic Islands” on EU-rahoitteinen projekti, joka toteutetaan vuosina 2010–2013. Hankkeessa testataan VIRTU-kanavan käyttöä vuorovaikutuksessa ikäihmisten, ammattikorkeakoulujen ja kuntien kanssa. Palvelu toteutetaan videoneuvottelulaitteella, jonka avulla ryhmä ihmisiä voi nähdä ja kuulla toisensa samanaikaisesti. VIRTU-projektin tavoitteena on tukea saaristossa asuvien ikäihmisten kotona asumista ja sosiaalista vuorovaikutusta, parantaa elämänlaatua ja lisätä turvallisuutta. (VIRTU-projekti 2011a.)

Opiskelijaryhmämme tehtävänä oli tuottaa 24 keskeisiin kansansairauksiin liittyvää ohjelmaa naantalilaisille kotihoidon asiakkaille. Oma opinnäytteemme sisälsi neljä lähetystä, joiden aiheena olivat syöpätaudit. Osallistujat saivat vaikuttaa lähetysaiheiden valintaan.

Syöpätauteihin sairastuu joka kolmas suomalainen ja syöpä koskettaa lähes jokaista ihmistä jossakin elämänvaiheessa (Pukkala ym. 2011, 11, 28). Käsittelemme tässä työssä yleisimpiä syöpämuotoja, joita Pukkalan (2011) mukaan ovat rintasyöpä ja eturauhassyöpä. Pohdimme lähetysten aikana tekemiämme havaintoja ja vuorovaikutuksen onnistumista sekä hyvinvointiteknologian hyödynnettävyyttä syöpäpotilaan henkisen tukemisen ja ennaltaehkäisevän terveydenhoidon työkaluna.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa terveyttä ja toimintakykyä edistäviä ohjelmia kotona asuville ikääntyneille ja omaishoitajille. Suunnittelimme ja toteutimme neljä vuorovaikutuksellista hyvinvointiohjelmaa VIRTU-kanavan asiakkaille, jotka ovat Naantalissa asuvia kotihoidon asiakkaita.

Työn ensisijaisena tavoitteena oli, että VIRTU-lähetykset ovat mielenkiintoisia ja hyödyllisiä osallistujille. Pyrimme luomaan lähetyksiin välittömän ilmapiirin ja edistämään vuorovaikutuksellista keskustelua luennoimisen sijaan. Osatavoitteita olivat kohderyhmän tiedon lisääntyminen syövästä ja syövän oireista sekä keskustelun herääminen syövän aiheuttamista vaikutuksista hyvinvointiin. Ras-kaasta aiheesta huolimatta toivoimme lähetystuokioiden muodostuvan tunnelmaltaan positiivisiksi. Tavoitteemme pohjautuvat laadukkaan hoitotyön arvopohjaan eli asiakaslähtöisyyteen, yksilöllisyyteen ja hienotunteisuuteen.

Kolmas tavoitteemme oli löytää systemaattisen tiedonhaun avulla uusinta ja luotettavaa tutkittua tietoa työssä esiin nousevista teemoista. Kirjallisuuskatsauksemme muodostui Medic-, Medline- ja Cinahl-tietokantojen avulla. Lisäksi haimme tietoa Aura-kokoelmätietokannasta sekä muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuhakupalvelusta. Käyttämiämme hakusanoja olivat hoitotyö, syöpä, sosiaalinen tuki, elämänlaatu, toivo, ikääntynyt, maaseudun terveyspalvelut, hyvinvointiteknologia, telehoitotyö, hoidonohjaus ja vertaisryhmä. Ulkomaisissa tietokannoissa käytimme seuraavia hakusanoja: aged, patient education, telecare, telenursing, peer group, home nursing, rural health services, cancer, survival, quality of life, hope, and symptoms.

Vilkan ja Airaksisen (2004, 42–43) mukaan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on määritellä opinnäytetyön kannalta olennaisimmat käsitteet luotettavia lähteitä hyödyntäen. Tietoperustaan valitaan tutkimuksia ja muita lähteitä tarkasti rajatuin kriteerein ja aineiston hyödynnettävyyttä analysoidaan yksityiskohtaisesti.

Kirjallisuuskatsauksessa käytetään sisällöllisiä otsikoita ja tekstiä rytmitetään selkeillä pää- ja alaotsikoilla.

Kirjallisuuskatsausta ohjaaviksi kysymyksiksi muodostuivat:

1. Miten syrjäseudulla asuminen vaikuttaa ikääntyneen selviytymiseen ja mikä on vertaistuen merkitys ikääntyneen hyvinvoinnille?
2. Miten hyvinvointiteknologiaa voidaan hyödyntää ikääntyneiden kotona asumisen tukemisessa?
3. Mitkä ovat syövän oireet ja miten oireet voi tunnistaa ajoissa?
4. Millaiseksi syöpää sairastavat kokevat elämänlaatunsa ja mikä auttaa selviytymisessä?

3 VÄESTÖN IKÄÄNTYMISEN HAASTEET

Vanhoista ihmisistä puhuttaessa käytetään monenlaisia käsitteitä. Kivelä (2006) käyttää määritelmää, jonka mukaan 65–75-vuotiaat ovat ikääntyviä ja 75–85-vuotiaat ovat iäkkäitä. Vasta 90 vuotta täyttäneistä Kivelä käyttää käsitettä vanhus. Tässä työssä käytämme kohderyhmästämme nimitystä ikääntyneet.

Ihmisten keskimääräinen odotettavissa oleva elinikä on viime vuosikymmeninä pidentynyt huomattavasti. Ikääntyvien ja iäkkäiden osuus väestöstä lisääntyy edelleen, nuorempien ikäluokkien ollessa pienempiä. Ennusteiden mukaan 65 vuotta täyttäneiden määrä suhteessa työikäisiin lähes kaksinkertaistuu nykytasolta vuoteen 2030 (Valtiovarainministeriö 2012, 37). Kuntien varautuminen palvelutarpeen kasvuun edellyttää nykyistä suurempaa huomiota väestön toimintakyvyn ja terveyden edistämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Ikääntyneiden toimintakyky on yleisesti kohentunut, vaikka pitkäaikaissairaudet ovatkin yleisiä. Terveydenhoitopalveluiden tarve kasvaa väistämättä yli 85-vuotiailla, jotka tarvitsevat myös erilaisia pitkäaikaishoitopalveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b, 25.)

Ikääntyneiden hoidon ja palvelujen tavoite on, että mahdollisimman moni voisi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa ympäristössään. Kotona asumisen tueksi ikääntyneet tarvitsevat usein monipuolisia kotihoidon palveluja. Ennaltaehkäisevä, toimintakykyä ylläpitävä toiminta siirtää palvelujen tarvetta myöhemmäksi, kun terveydentilan heikkenemiseen ja sosiaalisiin ongelmiin puututaan ajoissa. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää erilaisten ehkäisevien ja kuntouttavien työmenetelmien ja palvelujen käyttöönottoa ja lisäämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen mukaan kotona asumisen edistämiseksi ja tulevaisuuden laitoshoidon tarpeisiin varautumiseksi kunnan viranomaisten tulisi lisätä panostusta asiakasystävällisen teknologian hyödyntämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a, 10–11; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 22, 39.)

Ikääntyneiden palveluista ei ole tällä hetkellä erillistä lakia, vaan vanhustyössä sovellettavat säännökset sisältyvät eri lakeihin. Merkittävimpiä näistä ovat terveydenhuoltolaki, sosiaalihuoltolaki, laki omaishoidon tuesta, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. (Sisäasiainministeriö 2006, 31; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Syksyllä 2012 hallitus tulee antamaan eduskunnalle esityksen uudesta vanhuspalvelulaista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista pyrkii tasa-arvoistamaan ikääntyneiden palveluita sekä vähentämään laitoshoidon. Uuden lain mukaan ikääntyneiden hoito järjestetään ensisijaisesti kotona, ja laitoshoidon tulee harkita ainoastaan silloin, kun se on välttämätöntä ikääntyneen arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta. Tavoitteena on, että ikääntyneille annetaan mahdollisuus ylläpitää toimintakykyään ja että heillä on mahdollisuus sosiaalisiin suhteisiin ja mielekkääseen tekemiseen. Lähtökohtana palvelujen saannille on iäkkään henkilön toimintakyky, ei ikä sinällään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

3.1 Yksin asuminen sekä omaishoitajuus

Kotona asuvia ovat ne ikääntyneet, jotka eivät ole pitkäaikaishoidossa sairaaloissa ja terveyskeskuksissa tai hoidossa vanhainkodeissa, vanhusten tehostetussa palveluasumisessa, kehitysvammalaitoksissa tai kehitysvammaisten autetussa asumisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 51). Sosiaali- ja terveysministeriö (2008) on asettanut tavoitteeksi, että vuoteen 2012 mennessä yli 75-vuotiaista asuu kotona 91–92 %. Vuoden 2010 lopulla tavoitetta ei ollut vielä saavutettu, sillä 75 vuotta täyttäneistä kotona asui 89,5 % (SOTKANet 2011).

Yksin asuminen yleistyy iän myötä. Joka viides 55–59-vuotiaista asuu yksin, 70–74-vuotiaista kolmannes ja 85–89-vuotiaista melkein kaksi kolmannesta. Pääosa ikääntyneistä yksin asuvista on naisia. Iäkkäistä yksin elävistä naiset

asuvat useimmiten kaupungeissa ja miehet maaseudulla. (Sisäasiainministeriö 2006, 32.)

Yksinäisyys heikentää ikääntyneiden hyvinvointia ja lisää turvattomuutta. Läk-
käiden ihmisten yksinäisyys on seurausta sosiaalisten suhteiden ja toimintaky-
vyn heikentymisestä. Tukiverkoston omaaviin ikääntyneisiin verrattuna yksinäi-
set ihmiset ovat selvästi sairaampia, suoriutuvat päivittäisistä toimista heikom-
min, tarvitsevan useammin ulkopuolista apua ja hoitoa. Yksinäisyys lisää ikään-
tyneiden masennusta, ahdistuneisuutta ja alkoholin liikakäyttöä. Yksinäisyyttä
lievittäviä toimintamuotoja tarvittaisiin lisää, koska ne tukevat selvästi ikäänty-
neiden terveyttä ja hyvinvointia. (Uotila 2011, 7–8, 28–29.)

Laki omaishoidon tuesta (937/2005) määrittelee omaishoidoksi ”vanhuksen,
vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa
omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla”. Omainen tai muu lä-
heinen voi halutessaan tehdä kunnan kanssa omaishoitosopimuksen, jossa so-
vitaan hoidon järjestämisestä kotona. Omaishoidon tuki tarkoittaa ikääntyneen
kotioloissa tapahtuvan hoidon ja huolenpidon turvaamiseksi annettavia hoito-
palkkioita ja -palveluja, jotka määritellään hoidettavan hoito- ja palvelusuunni-
telmassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 51–52.)

Omaiset ovat vastuussa suuresta osasta ikääntyneiden palveluista. Omaishoita-
juus koskee useimpia ihmisiä jossain vaiheessa elämää; joko itse avustajana tai
avun vastaanottajana. Yli 65-vuotiaita hoitavien omaishoitajien määrä on kas-
vanut viimeisen kymmenen vuoden aikana ja yhä useampi ikääntyneen omais-
hoitaja on itsekin iäkäs hoidettavan puoliso. Omaishoitajien asemasta ja jaks-
amisesta huolehtiminen on tärkeää sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmas-
ta. (Juntunen & Salminen 2011, 3; Voutilainen ym. 2007.)

3.2 Kotihoidon palveluiden järjestäminen

Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:ssä tarkoitettuja kotipalve-
luja sekä terveydenhuoltolain 3 §:n perusteella järjestettyä kotisairaanhoitoa.
Kotipalvelu on kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista

huolenpitoa ja tukemista sekä tukipalveluja, kuten ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja. (Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607; Terveystieteidenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Säännöllisen kotihoidon asiakkaita ovat ne kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaat, joilla on voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma tai jotka muuten saavat säännöllisesti vähintään kerran viikossa palveluja. Yksinasuvat käyttävät kotihoidon palveluita eniten, koska usein yksinäisen ikääntyneen ainoa apu on kunnallinen kotihoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 51; Vaarama & Voutilainen 2002, 79.)

Ennaltaehkäisevän vanhuspolitiikan tavoitteena on ikääntyneiden asuminen omissa kodeissaan. Riittävällä kotihoidolla turvataan kotona selviytyminen toimintakyvyn heiketessä. (Sisäasiainministeriö 2006, 38.) Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa kotihoidon osalta tavoitteeksi on asetettu 13–14 % osuus. Vuoden 2010 lopussa säännöllisen kotihoidon asiakkaina oli 11,9 % koko maan 75 vuotta täyttäneistä, eli tavoitteita ei ole vielä saavutettu. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 3; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 45.)

Kuntouttava hoito kohottaa ikääntyneiden toimintakykyä ja siihen panostaminen estää ikääntyneiden pitkäaikaiseen laitoshoidon joutumista. Suositusten mukaan sairaalahoidon jälkeinen kuntoutus tulisi siirtää mahdollisimman nopeasti asiakkaan kotiin laitostumisen välttämiseksi. Toimintakykyä ja kuntoutumista edistävä työtapo tulisi näkyä kaikissa ikääntyneiden palveluissa. Toimintakykyä kohottavia kuntoutusjaksoja tarvittaisiin lisää kotona vielä pärjääville ikääntyneille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 24.)

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry on 2010 tehnyt selvityksen laitospaikkojen vähentämisen vaikutuksista kotihoitoon. SuPerin mukaan kotihoito on todellisessa kriisissä. Valtakunnallisten tavoitteiden mukainen laitospaikkojen vähentäminen on lisännyt kotihoidon työtaakkaa huomattavasti. Kotihoidon henkilökunnan määrä ei ole kehittynyt samassa tahdissa kasvavan asiakasmäärän kanssa. Kotona hoidetaan aikaisempaa huonokuntoisempia vanhuksia, jotka ovat fyysisesti ja psyykkisesti monisairaita. Intervallihoidoa on vähennetty ja erikoissairaanhoidosta siirretään potilaita kotiin, koska jatkohoitopaikkoja ei

ole. Henkilökuntaa vaivaa ajatus yksin kotiin jäävistä huonokuntoisista asiakkaista, jotka ovat pelokkaita ja ahdistuneita yksinäisyydestään. (Erkkilä 2010, 13, 16, 24.)

Jopa 70 % SuPerin selvitykseen vastanneista työntekijöistä kokee työnsä kotihoidossa raskaaksi. Erityisen raskaaksi kotihoidon työntekijät kokevat eettisten periaatteiden vastaisen toiminnan ja raskaan, nopeatahtisen hoitotyön, joka ei anna mahdollisuuksia ergonomiseen työskentelyyn. Jatkuvien paineiden alla työntekijät väsyvät, jolloin sairauslomat lisääntyvät. Asiakkaan luona käytettävä aika on rajattu minimiin. Hoitaja ei ehdi tukea riittävästi ikääntyneen omatoimisuutta, mikä vähentää kotona pärjäämistä. Lyhyillä kotikäynneillä työntekijät eivät ehdi kuunnella asiakkaan murheita eikä hänen tilanteestaan ehdi muodostua kokonaisvaltaista kuvaa. (Erkkilä 2010, 14–24.)

3.3 Ikääntyvien palvelut syrjäseuduilla

Perustuslain 6 § takaa kansalaisille yhdenvertaisen kohtelun iästä tai asuinpaikasta riippumatta. Asuinpaikka on kuitenkin merkittävä yhteiskunnallisten erojen aiheuttaja ikääntyvälle väestölle. Etenkin syrjäseutujen ikääntyneiden arjesta selviytyminen on muodostunut erityisen haastavaksi, kun palvelut ovat etääntyneet ja kulkuyhteydet heikentyneet. (Sisäasiainministeriö 2006, 10.) Kunnan on huolehdittava palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan. Terveystenhuoltopalvelut on järjestettävä lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen alueellinen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi. (Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Yhteiskuntamme siirtyessä maanviljelysyhteiskunnasta tietoyhteiskunnaksi on maaseudun väestön ikärakenne muuttunut yhä vanhemmaksi. Ikääntyneet sukupolvet ovat jääneet maaseudulle, nuorten muuttaessa työn perässä kaupunkiin. Samalla syrjäseutujen palvelut ovat heikentyneet ja niiden saatavuus on vaikeutunut. Pitkät välimatkat ja julkisen liikenteen supistukset rajoittavat ikääntyneiden itsenäistä kodin ulkopuolella asioimista. (Routasalo ym. 2005, 156.) Mikäli kaukana haja-asutusalueella asuvalla ikääntyneellä on hoidon tarvetta

myös iltaisin, öisin ja viikonloppuisin, on muutto taajamaan, lähemmäksi palveluja usein edessä (Sisäasiainministeriö 2006, 38).

Pirkko Routasalon ym. (2005) tutkimuksen mukaan maaseudulla asuvilla on suurempi päivittäisen avun tarve kuin kaupungissa asuvilla ikääntyneillä. Maaseudulla asuvien ikääntyneiden subjektiivinen terveydentila sekä itsenäinen toimintakyky ovat heikompia. Myös yksinäisyys ja turvattomuus vaivaavat maaseudulla useampia.

3.4 Ikääntymisen haasteita Naantalissa

Naantalin kaupungin asukkaista 7,4 % on yli 75-vuotiaita. Heistä 91,5 % asuu kotona, mikä on hieman enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Vuonna 2010 säännöllisen kotihoidon piirissä oli 11,4 % 75 vuotta täyttäneistä. Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita on Naantalissa 3 %, mikä on hieman vähemmän kuin koko maan keskiarvo 4,2 %. (SOTKANet 2011.)

Naantalin kunnan kotihoidon palveluja käyttää noin 300 asukasta, joiden keski-ikä on 80 vuotta. Saaristoalueella asuu noin 90 kotihoidon asukasta. Omaishoidon tukea saavia omaishoitajia on noin 100. Naantalin kaupungin tavoitteena on järjestää palvelut laadukkaasti, taloudellisesti, asukkaiden mielipiteitä kunnioittaen sekä alueelliset näkökohdat huomioon ottaen. Väestön ikääntyessä paineet palveluiden kehittämiseen kasvavat. Naantalin kaupungin on myös huomioitava saaristonäkökulma toiminnan kehittämisessä. Ennaltaehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen korostuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä. Palvelujen turvaamiseksi on välttämätöntä kehittää vaihtoehtoisia palvelumuotoja, hyödyntää teknologisia innovaatioita ja varmistaa henkilöstön saatavuus kriittisillä toimialueilla. (Naantalin kaupunki 2010.) Naantalissa välimatkat ovat pitkät ja iso saaristoalue muodostaa haasteen palveluiden toteuttamiselle. VIRTU-palvelun avulla pyritään mahdollistamaan yhteydenpito muihin ihmisiin myös silloin, kun kotoa poistuminen on muutoin hankalaa. (VIRTU-projekti 2010c.)

4 KOTONA ASUMISTA TUKEVIEN PALVELUIDEN KEHITTÄMINEN

Väestön ikääntymisen haasteisiin vastaaminen edellyttää yhteiskunnalta uudenlaisia ratkaisuja. Tästä syystä ikääntyneiden hyvinvointia ja itsenäistä selviytymistä tukevaa teknologiaa tutkitaan ja kehitetään paljon. (Eerola ym. 2001, 3.) Terveyspalveluita tuottavien tahojen tavoitteena on vähentää pitkäaikaisen laitoshoidon, akuuttihoiton sekä työvoiman tarvetta erilaisten etähoitomenetelmien käyttöönotolla. Teknologiaa hyödyntävät palvelut voivat lisätä asiakkaiden valinnanvapautta ja itsenäisyyttä, tukea sairaalahoidon jälkeistä kuntoutumista sekä vähentää omaisten huolta. (Department of Health 2005, 6–7; Magnusson ym. 2004, 226.) Etähoidon sovelluksia on myös pidetty vaihtoehtoisena tapana tuottaa terveyspalveluja syrjäisille alueille, jolloin ne auttaisivat kaupunkien ja maaseudun välisten terveyserojen kiinni kuromisessa ja alueellisen tasa-arvon edellytysten parantamisessa (Singh ym. 2010, 985).

4.1 Hyvinvointitekniologia

Hyvinvointitekniologia on sosiaali- ja terveysalalla melko uusi käsite, joka ymmärretään monin eri tavoin. Hyvinvointitekniologiasta on kirjallisuudessa käytetty muun muassa termejä terveystekniologia, hoivatekniologia, gerontekniologia ja tekniset apuvälineet. Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytettyjä termejä ovat telecare, technical aid, assistive technology. (Ahtiainen & Auranen 2007, 9–12.) Virtuaalitekniologialla tarkoitetaan sellaisia sovelluksia, joissa käytetään Internetiä, telekommunikaatiota tai informaatiotekniikkaa yhteyksien luomiseen (Doughty ym. 2007, 9). Tekniologia-käsite voidaan määritellä laitteiden, järjestelmien, rakenteiden ja palvelujen kehittämiseksi ja organisoinniksi (Kuusi 2001, 47; Melkas ym. 2007, 50).

Lahden ammattikorkeakoulussa vuosina 2006 – 2007 toteutetussa Hyvinvointitekniologianosaamisen edistämishankkeessa eli HYTKY-projektissa hyvinvointi-

teknologia määriteltiin käsittämään erilaiset tekniset ratkaisut, joilla ylläpidetään tai edistetään ihmisen elämänlaatua, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. HYTKY-projektissa käsite rajattiin tarkoittamaan kotiin tai muuhun käyttäjän toimintaympäristöön sijoitettua teknologiaa, jonka käyttäjä on joko sosiaali- ja terveysalan asiakas, omainen tai häntä avustava ammattilainen. Käyttäjän turvallisuutta ja riippumattomuutta lisäävät teknologiat luokiteltiin sosiaalisiin teknologioihin, joista yleisimpiä ovat turvahälytinjärjestelmät, kuten turvalaitteet ja niihin kuuluvat valvonta-, apu- ja hoivapalvelut. (Ahtiainen & Auranne 2007, 13.)

Hyvinvointiteknologiaa edustavan Hyvinvointi-TV:n tavoitteena on ollut, että virtuaalisilla palveluilla voitaisiin myötävaikuttaa ikääntyvien kotona selviytymiseen ja laitoshoidon tarpeen vähentymiseen. Hyvinvointi-TV mahdollistaa kaksisuuntaisen näkö- ja puheyhteyden paitsi kotona asuvien asiakkaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välille myös omaisiin ja ystäviin. Laurea -ammattikorkeakoulun ja Tekesin Coping at Home I -tutkimushankkeen mukaan Hyvinvointi-TV:sta saadut kokemukset ovat olleet myönteisiä. InnoELLI Senior -ohjelmaan liittyvässä Kotiin -hankkeessa on kehitetty yhdessä ikääntyvien kanssa Hyvinvointi-TV:n virtuaalisia hyvinvointipalveluja. Hankkeessa on tuotettu sairaalasta kotiutuville ja korkean sairausriskin omaaville ikääntyville ohjaus- ja neuvontapalveluja. (Ahtiainen & Auranne 2007, 14–15.)

4.2 Hyvinvointiteknologia kotona asumisen tukena

Hyvinvointiteknologialla tarkoitetaan sellaisia teknisiä sovelluksia, jotka auttavat toimintakyvyn vajeen vuoksi tavanomaista haasteellisemmassa tilanteessa eläviä ihmisiä. Laitteiden ja järjestelmien käyttäjät voivat olla ikääntyneitä ihmisiä tai heidän auttajiaan. Hyvinvointiteknologian tavoite on tuottaa käyttäjälleen jotakin, jota kutsutaan hyvinvoinniksi. Teknologian avulla voidaan parantaa ikääntyneiden ihmisten elämänlaatua, elämänhallintaa ja alueellista tasa-arvoa. Joissain lähteissä on myös erotettu käsite geronteknologia, joka tarkoittaa erityisesti iäkkäiden käyttöön suunniteltuja apuvälineitä, fyysiseen esteettömyyteen liittyviä ratkaisuja ja teknisiä sovelluksia. (Topo 2007, 32.) Geronteknologia

tarkoittaa erityisten teknologioiden tutkimusta, kehittämistä ja toteuttamista koko ikääntyneen väestön tai sen osien hyväksi (Melkas ym. 2007, 50; Kuusi 2001, 13).

Ikääntyneiden kotona pärjäämisen turvaksi on nykyään saatavilla jo monenlaisia laitteita ja palveluita. Apuvälineiden avulla asiakas voi saada toiminnallista tukea fyysisiin, kognitiivisiin tai sensorisiin toiminnanvajauksiin. Varoitus- ja hälytyslaitteet havainnoivat tilanteita, joissa yksilön turvallisuus ja hyvinvointi ovat vaarassa. Valvontalaitteilla voidaan arvioida ympärivuorokautisesti yksilön terveydentilaa, hyvinvointia, toimintakykyä ja käytöstä; näin turvataan nopea apu hätätilanteissa. Interaktiiviset ja virtuaaliset palvelut häivyttävät pitkien välimatkojen ja syrjäisten alueiden ongelmat. Neuvontapalveluiden avulla kotona asuvat saadaan voimaantumaa ja osallistumaan elämänlaatunsa parantamiseen. (Doughty ym. 2007, 9—10.) Palveluiden edellyttämien yhteyksien luomiseen käytetään lanka- tai matkapuhelimia, tietokoneita, 1- tai 2-suuntaisia videonäyttöjä, kameroita ja liike- tai lämpöensensoreita. Kuvan lähetys kodin ja henkilökunnan välillä tapahtuu etupäässä 1- tai 2-suuntaisen videokameran ja monitorin sekä laajakaistaverkkoyhteyden avulla. (Taber-Doughty ym. 2010, 844.)

Torp ym. (2008) tutkivat hyvinvointiteknologian käyttöä ikääntyneistä puolisoistaan huolehtivien omaishoitajien työn tukemisessa. Vuoden pituiseen tutkimukseen osallistuneet omaishoitajat kertoivat saaneensa lisää tietoa puolisonsa sairaudesta ja sen hoidosta sekä enemmän kontakteja muihin ihmisiin. Säännölliset videopuhelutuokiot ja keskustelufoorumiin osallistuminen lisäsivät sosiaalisia kontakteja ja auttoivat ystävyyssuhteiden rakentamisessa. Vastaavien suhteiden solmiminen muilla tavoin voi olla vaikeaa, koska ikääntyneen puolison hoitaminen on usein hyvin sitovaa. Kohderyhmä oppi käyttämään tietotekniikkaa ja tietoverkkoja osana arkeaan ja kuilu nuorempiin sukupolviin kapeni. Tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että omaishoitajat ovat heterogeeninen ryhmä, eikä hyvinvointiteknologia sulje pois muiden tukipalveluiden tarvetta. Tämän vuoksi kohderyhmä tarvitsee myös perinteisiä tukipalvelumuotoja.

Useissa yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa on todettu, että hyvinvointiteknologiaa voidaan hyödyntää luotettavasti ja kustannustehokkaasti myös mielenterveys-

palveluissa. Erityisesti syrjäseuduilla asuvat potilaat hyötyvät menetelmästä, koska heillä on usein vaikeuksia saada mielenterveyspalveluita pitkien välimatkojen takia. Hyvinvointiteknologian avulla toteutetun etähoidon ja perinteisen hoidon välillä ei ole tutkimuksissa havaittu eroja. Vaikka psykiatrisen etähoidon hyödyistä on saatu näyttöä, ovat laitteiden korkeat kustannukset, vaikea saatavuus sekä tekniikan toimintahäiriöt asettaneet esteitä menetelmän laajamittaiselle hyödyntämiselle. Viimeaikoina markkinoille tulleet laitteet ovat kuitenkin aiempaa halvempia ja käyttäjäystävällisempiä. (Ruskin ym. 2004, 1471; Norman 2006, 771, 773; Morland ym. 2011, 630–634.)

Ruskinin ym. (2004) tutkimuksessa todettiin, että etähoito tulee kalliimmaksi kuin perinteinen hoito. Tämä johtui osittain siitä, ettei terapiakertoja toteutettu tarpeeksi usein laitteiden kalliisiin hankintakustannuksiin nähden. Kustannukset laskivatkin hoitokertaa kohti, kun hoitotapaamiset lisääntyivät. Voitiin myös päätellä, että etähoito toi kustannussäästöä sitä enemmän, mitä kauempana asiakas asui hoitopaikasta.

Ikääntyneet, joiden kotona selviytyminen on kotihoidosta riippuvaista, voivat kokea hyvinvointiteknologian sekä uhkana että mahdollisuutena. Kotiin tuotu teknologia voi edistää asiakkaan turvallisuuden tunnetta, mutta epäonnistumisen pelko saattaa aiheuttaa teknologian käytön välttelyä. Voimavarojen heikentessä ikääntynyt tulee lopulta täysin riippuvaiseksi ulkopuolisesta avusta. Tällöin luottamus teknologiaa kohtaan voi lisääntyä, kun vaihtoehtona on laitoshoitoon joutuminen. (Lindahl ym. 2003, 26; Harrefors ym. 2010, 1530.) Perinteinen kotihoito voi olla passivoivaa, koska kotihoidon työntekijät eivät ehdi tukea ikääntyneen omia voimavaroja (Erkkilä 2010, 24). Taber-Doughtyn ym. (2010) mukaan etäohjaus voi jopa parantaa ikääntyneen toimintakykyä. Tutkimuksessa muistipotilaat saivat ohjausta päivittäisten toimiensa suorittamisessa sekä etälaitteen avulla että perinteisen kotiavun keinoin. Asiakkaiden itsenäinen suoriutumisen todettiin olevan parempaa etäohjauksen aikana kuin perinteisen kotikäynnin aikana.

4.3 VIRTU-projekti

VIRTU-projekti on EU-rahoitteinen hanke, joka toteutetaan vuosina 2010–2013. Hankkeessa testataan VIRTU-kanavan käyttöä vuorovaikutuksessa ikäihmisten, ammattikorkeakoulujen ja kuntien kanssa. VIRTU-kanava on uudenlainen sosiaalinen media ja hyvinvointipalvelu, joka on suunnattu ikääntyneille ja heidän omaishoitajilleen. Palvelu toteutetaan videoneuvottelulaitteella, jonka avulla ryhmä ihmisiä voi nähdä ja kuulla toisensa samanaikaisesti. VIRTU-projektin tavoitteena on tukea saaristossa asuvien ikäihmisten kotona asumista ja sosiaalista vuorovaikutusta, parantaa elämänlaatua ja lisätä turvallisuutta. (VIRTU-projekti 2011a; VIRTU-projekti 2011c.)

VIRTU-hankkeen tavoitteena on luoda saaristoalueille toimiva sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelumalli, jossa hyödynnetään virtuaalista hyvinvointitekniikkaa. Olemassa olevia palveluja ei ole tarkoitus korvata, vaan tukea ja täydentää niitä. Kuntien tavoitteena on saavuttaa säästöjä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa sekä tuottaa laadukkaampia palveluita alati kasvavalle kohde-ryhmälle. Yksilötason tavoite on, että ikääntyneiden ja heidän omaistensa palveluiden saatavuus helpottuisi ja kynnys hakea apua olisi matalampi. Palvelujen hyödynnettävyyttä ja kustannustehokkuutta voidaan arvioida tutkimalla VIRTU-palvelujen sisältöjä, käytettävyyttä, mukautumista vaihteleviin tarpeisiin sekä asiakkaiden ja henkilökunnan kokemuksia. (VIRTU-projekti 2011a; VIRTU-projekti 2011c.)

VIRTU-laite on kosketusnäytöllinen tietokone, jonka ohjelmistoa ohjataan helpokäyttöisen käyttöliittymän avulla. Asiakkaalle asennettava laite on tietokoneen näytön kokoinen. Asiakas voi samanaikaisesti olla puhe- ja kuvayhteydessä useamman henkilön kanssa. Ruudulla voi näkyä yhtäaikaaisesti 9 henkilön kuva, mutta mukana kanavalla voi olla enemmänkin henkilöitä. Yhteyden muodostaminen VIRTU-laitteella edellyttää toimivaa tietoliikenneyhteyttä. Lokakuuhun 2011 mennessä VIRTU-laitteita oli asennettu Suomen, Ahvenanmaan ja Viron saaristoalueille noin 50 käyttäjälle. (VIRTU-projekti 2011b.)

5 IKÄÄNTYNEIDEN TERVEYTTÄ EDISTÄVÄT MENETELMÄT

Sosiaali- ja terveysministeriön (2006, 15) Terveystieteen edistämisen laatusuosituksen tavoitteena on terveyttä edistävien näkökulmien huomioiminen kaikissa kunnan toiminnoissa. Väestön terveyden parantaminen, sairauksien ehkäiseminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen edellyttää kuntien terveyspalveluiden vahvistamista. Kunnat pyrkivät edistämään väestön terveyttä lisäämällä tietoa, vaikuttamalla asenteisiin, kehittämällä palveluja ja muokkaamalla ympäristöä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15).

WHO (2009) määrittelee terveyden edistämisen prosessiksi, joka antaa yksilöille ja yhteisöille mahdollisuuden hallita omaa terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä. Terveystieteen edistämisen avulla tuetaan terveydelle myönteisiä asioita, lisätään yksilön ja yhteisön voimavaroja ja aikaansaadaan siten terveyttä tuottavia muutoksia (Vertio 2003, 29). Terveystieteen edistämisen ydinajatus on muutoksen aikaansaaminen ihmisten käyttäytymisessä ja elinoloissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15). Väestön terveystasoa pyritään nostamaan mahdollisimman tehokkaasti, mutta eettisesti hyväksyttävällä ja tasa-arvoisella tavalla (ETENE 2008, 12–13).

Toimintakyvyn vajausten ennaltaehkäisy tukee ikääntyneiden mahdollisuuksia asua itsenäisesti omassa kodissaan ja se vähentää ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Useimmissa kunnissa on vain vähän ikääntyneiden terveyttä edistäviä ja ennaltaehkäiseviä palveluita. Ikääntyneiden hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi tarvitaan toimintamalleja, jotka tavoittavat myös sellaiset ikäihmiset, joilla on keskimääräistä suurempi riski syrjäytyä ja jäädä tuen, palvelujen ja mielekkään tekemisen ulkopuolelle. Parantamalla ikääntyneiden mahdollisuuksia osallistua esimerkiksi liikuntaan, järjestötoimintaan ja kulttuuritapahtumiin lisätään sosiaalista kanssakäymistä, vähennetään yksinäisyyttä ja lisätään

terveitä elinvuosia. (Voutilainen & Heinola 2006, 68–69; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 13.)

Ikääntyvän ihmisen vireyden ja turvallisuuden kannalta sosiaalinen kanssakäyminen on tärkeää. Ikääntyneet ovat kuitenkin toimintakyvyltään, sosioekonomiselta ja kulttuuriselta taustaltaan erilaisia. Kunnan tarjoama palvelu, kuten kotihoidon käynti saattaa olla ikääntyneen ainoa sosiaalinen kontakti. Palveluja tulisi kehittää yhdessä ikääntyneiden kanssa erilaisiin elämäntilanteisiin sopiviksi. (Sisäasiainministeriö 2006, 18.) Terveysten edistäminen on investointia tulevaisuuteen ja sen kustannuksia laskettaessa tulee määritellä myös hinta laadukkaalle ja ihmisarvoiselle elämälle. Terveysten edistäminen on parhaimmillaan hyvän elämän tuottamista, jonka itseisarvo ohittaa taloudelliset vaatimukset. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010, 106–107.)

Kunnat, järjestöt ja vapaaehtoiset järjestävät palveluja ja toimintamuotoja, joiden yhtenä tavoitteena on yksinäisyyden lievittäminen. Ryhmätoiminnan tarkoituksena on sosiaalisen aktiivisuuden lisääminen esimerkiksi liikuntaharrastusten, keskustelumahdollisuuksien, informatiivisten luentojen tai tapaamispaikkojen avulla. Ystävätoiminta, omaishoitajille suunnattu tuki, puhelin- ja kuljetuspalvelut vähentävät monen ikääntyneen yksinäisyyttä. (Uotila 2011, 30–31.)

Teinosen ym. (2007) mukaan sosiaalisen aktiivisuuden on todettu olevan yhteydessä ikääntyneiden pidemmän elinajan ennusteen kanssa. Tutkimuksessa tarkasteltiin sosiaalisen osallistumisen yhteyttä kuolleisuuteen Liedon kunnan 65 vuotta täyttäneessä väestössä 12 vuoden seurannassa. Tutkimustulos osoitti, että ikääntyneitä tulisi kannustaa osallistumaan sosiaaliseen toimintaan heidän terveydentilastaan riippumatta. Terveystenhuollossa tulisi kehittää sosiaalista eristäytyneisyyttä ehkäiseviä menetelmiä. Sosiaalista aktiivisuutta pitäisi tukea etenkin niiden ikääntyneiden kohdalla, joiden kodin ulkopuolella liikkuminen on vaikeutunut esimerkiksi heikentyneen toimintakyvyn tai omaishoitajuuden takia.

5.1 Terveyden edistäminen vertaistuen avulla

Ihmiselle on tärkeää kuulua johonkin ryhmään tai paikkaan ja jakaa asioita toisten kanssa. Pitkittyneet kriisit voivat johtaa tukiverkoston kaventumiseen tai jopa kokonaan katoamiseen. Tällöin voi olla tärkeää tavata muita samassa tilanteessa olevia. Vertaisryhmällä tarkoitetaan ryhmää, jossa kaikilla osallistujilla on sama ongelma. Vertaisryhmän tavoitteena on tiedon lisääntyminen ja asenteiden muovautuminen. Saatu tuki voi olla äärimmäisen tärkeää elämän mielekkyyden säilymisen kannalta. (Vilen ym. 2008, 66–67, 272.)

Irja Mikkosen (2009) Kuopion yliopistossa tekemän väitöstutkimuksen mukaan sairastuneen vertaistuella on kasvava kysyntä terveystalvelujen rakennemuutoksessa ja kuntarakenteen uudistuksissa. Näissä uudistuksissa vertaistuki voi toimia tiedonvälittäjänä, jolloin palvelujen tarjonnan ja kysynnän kohtaaminen paranee. Vertaistuki voi osaltaan vaikuttaa suoraan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttöön, vähentäen julkisten palvelujen tarvetta.

Tukiryhmän ideana on tarjota opetuksellista tai tiedollista ohjelmaa samassa elämäntilanteessa oleville ihmisille. Ryhmässä tapahtuvat interventiot ovat tehokkaita erityisesti silloin, kun ne on suunnattu tarkasti rajatuille viiteryhmillä. Ryhmässä käyminen koetaan mielekkääksi ja hyödylliseksi, kun osallistujat voivat itse osallistua ohjelman suunnitteluun ja toteutukseen. (Cattan ym. 2005, 57–58, 62.)

Vertaistuki perustuu osallistujien elämäkokemuksen jakamiseen ja keskinäiseen tukemiseen sekä kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiseen. Osallistujat toimivat sekä tukijoina että tuettavina. Vertaistuki ei korvaa ammattilaisen antamaa tukea, koska se toteutuu tavallisen ihmisen tiedoin ja taidoin. Vertaisryhmässä jokainen voi halutessaan kertoa omista kokemuksistaan, mutta aktiivinen kuuntelu on keskeinen osa vertaistukea. (Lounais-Suomen syöpäyhdistys 2012a.)

5.2 Ryhmäohjaus

Terveystieteidenhuollossa puhutaan yhä enemmän ryhmäohjaukseen siirtymisen tarpeellisuudesta, etenkin elämäntapaohjauksen kohdalla. Menetelmän avulla säästyy aikaa ja rahaa, koska ryhmäohjauksella voidaan jakaa tietoa kerralla suuremmalle joukolle. Yksilön näkökulmasta katsottuna ryhmäohjaus voi olla tehokkaampi terveyden edistämisen käynnistäjä. Ryhmän jäsenet saavat vertaistukea, jota ei voi saada yksilöohjauksen yhteydessä. Sanallisen ja sanattoman viestinnän lisäksi ryhmädynamiikka ja osallistujamäärä vaikuttavat ryhmän toimintaan. Vuorovaikutus ryhmässä voi tapahtua kasvokkain, verkon tai jonkun sähköisen viestimen välityksellä. Ryhmään kuulumisen voi olla sen jäsenille voimaannuttava kokemus, joka tukee tavoitteiden saavuttamisessa ja auttaa jaksamaan. (Vänskä ym. 2011, 87; Kyngäs ym. 2007, 104–105.)

Ryhmäohjauksen toteuttamiseen liittyy haasteita, eikä se sovi kaikkiin tilanteisiin. Ohjaaminen vaatii erityistä ammattitaitoa ja ryhmässä tapahtuvien prosessien tuntemusta. Positiivisen ilmapiirin, luottamuksen ja avoimuuden luominen on ensimmäinen haaste. Ilman näitä osa-alueita ryhmä ei toimi tehokkaasti eikä lisää osallistujien hyvinvointia. (Vänskä ym. 2011, 87, 92–93.) Ohjaus on käytännöllisen opastuksen antamista ja ohjauksen alaisena toimimista. Ohjaajan sekä ohjattavan yhteisenä tavoitteena on ohjattavan oppiminen, elämäntilanteen koheneminen ja päätösten tekeminen. Ohjauksen aikana ohjattava oppii itse käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan, ratkaisemaan ongelmiaan ja suuntaamaan oppimistaan. Ohjaustyötä tekevä henkilö asettuu ohjattavan asiakkaan palvelukseen ja tarjoaa hänelle aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Päämääränä on asiakkaan mahdollisuus tutkia tilannettaan, tulla kuulluksi ja voimaantua. (Vänskä ym. 2011, 15–16.)

5.3 Asiakkaan voimaannuttaminen

Voimaantumisen käsitettä käytetään monilla tieteen aloilla, mutta se tarkoittaa yleisesti ottaen kykeneväksi ja täysivaltaiseksi tulemistä. Se lisää ihmisen kykyä vaikuttaa omaan elämäänsä. Voimaantuminen on yksilöllinen ja henkilökohtainen prosessi, joka tapahtuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Voimaantumisprosessiin vaikuttaa henkilön asettamat tavoitteet sekä omiin kykyihin liittyvät uskomukset ja tunteet. Prosessin tuloksena on sisäinen voimantunne, joka auttaa hoitoon liittyvien tilanteiden jäsentämisessä ja ratkaisujen tekemisessä. Motivaatiolla sekä voimaantumisella on yhteisiä piirteitä ja oletuksena onkin, että molemmat johtavat vahvaan hoitoon sitoutumiseen. (Kyngäs 2009, 59–60.) Potilaslähtöisessä hoitotyössä kunnioitetaan ja kuunnellaan potilaan mielipiteitä ja huolia ja siten edistetään voimaantumisprosessia (Kvåle & Bondevik 2008, 586–588).

Asiakkaan voimaannuttaminen on vaikuttanut ohjauskäytäntöihin suuresti siitä huolimatta, että se on käsitteenä abstrakti ja siitä syystä vaikeasti sovellettavissa käytännön hoitotoimintoihin. Voimaannuttaminen ei siis ole ohjausstrategia vaan ohjauksen taustalla oleva näkemys, joka ohjaa niin asiakasta kuin terveydenhoitohenkilöstöäkin. Myös työntekijän oma voimaantumisen kokemus vaikuttaa hänen tapaansa ohjata ja hänellä on edellytykset siihen, mikäli hän on ammatillisesti aktiivinen ja motivoitunut. Työntekijöiden voimaantuminen vaikuttaa positiivisesti myös potilaiden tyytyväisyyteen. Työilmapiirissä on tärkeää toisilta saatu tuki ja arvostus, avoimuus ja ristiriidattomuus sekä yhteenkuuluvuuden tunne. (Vänskä ym. 2011, 80; Kyngäs 2009, 61.)

6 SYÖPÄTAUDIT

Syöpä on yhteisnimitys kaikille pahanlaatuisille kasvaimille. Se saa alkunsa yhdestä solusta, joka muuttuu pahanlaatuiseksi ja alkaa jakautua muodostamalla uusia samanlaisia soluja. Vähitellen solukosta muodostuu kyhmy, jota kutsutaan tuumoriksi. Syöpä on vuosia kestävä tapahtumasarja. Voi kestää jopa yli 10 vuotta, ennen kuin kasvain näkyy röntgenkuvassa tai on käsin tunnettavissa. Suuri haaste lääketieteelle on kuitenkin edelleen se, miksi terve solu muuttuu pahanlaatuiseksi. (Holmia ym. 2008, 93; Suomen syöpäpotilaat 2011a, 16.)

Mikäli syöpä muodostaa etäpesäkkeitä muualle elimistöön, leviäminen tapahtuu imunestekierron kautta. Imuteiden ensimmäinen solmuke paikannetaan merkkiaineella ja poistetaan sekä tutkitaan mikroskooppisesti. Leviämistä tapahtuu myös valtimo- ja laskimokierron kautta. Etäpesäkkeiden löytyminen heikentää syövän ennustetta huomattavasti. Syöpäsolut eivät aina muodosta kasvainta. Esimerkiksi leukemia on verisoluja muodostavien kudosten syöpäsairaus. (Holmia ym. 2008, 93; Suomen syöpäpotilaat 2011a, 16.)

Joka kolmas suomalainen sairastuu syöpään elämänsä jossain vaiheessa. Vuosittain noin 11 000 suomalaista kuolee syöpään, ja syöpä on noin joka viidennen suomalaisen kuolinsyy. Eniten kuolemia aiheuttaa keuhkosityöpä. (Pukala ym. 2011, 11, 28.) Syöpä on myös maailman yleisimpiä kuolinsyitä ja se aiheuttaa suuren taakan potilaalle, läheisille sekä yhteiskunnalle (WHO 2006). Vaikka väestön ikääntyessä syöpään sairastuneiden määrä on kasvussa, myös syövästä selvinneiden määrä on lisääntynyt kehittyneiden hoitojen johdosta (Bennett ym. 2010, 331). Pitkään syöpää on pidetty tappavana sairautena, mutta lääketieteen ja teknologian kehityksen johdosta ajoissa havaittu syöpä voidaan nykyään usein parantaa (Chi 2007, 415).

Syöpään sairastumisen riski lisääntyy 50. ikävuoden jälkeen, Suomessa sairastuneiden keski-ikä on 65 vuotta. Suurten ikäluokkien vanhentuessa syöpätapausten lukumäärä kasvaa nopeasti, vaikka syöpään sairastumisen riski ei sinänsä muutukaan. Miesten syöpäkuolleisuus on naisia korkeampi. Tämä johtuu

siitä, että miesten toiseksi yleisin syöpä on keuhkosyöpä, jolla on naisten yleisimpiä syöpiä huonompi ennuste. (Sankila ym. 2007, 36.)

6.1 Syövän oireet

Syövän alkuvaiheessa ei yleensä ilmene lainkaan oireita tai ne voivat muistuttaa monen muun sairauden oireita. Syöpäkasvaimen suurentuminen voi kestää vuosia, joten alkuvaiheessa sitä ei löydy tunnustelemalla. On kuitenkin olemassa muutamia yleisiä oireita, jotka voivat olla merkkejä syövästä: 1) kyhmyt ja haavaumat, jotka eivät parane, 2) uudet ihomuutokset tai ihovauriot, 3) luomen koko tai väri muuttuu, 4) selittämätön verenvuoto, 5) kurkun jatkuva käheys, 6) ulostamisen ja virtsaamisen muutokset, 7) kuumeilu ja 8) painon selittämätön laskeminen. (Syöpäjärjestöt 2010a.)

Useimmiten syöpäepäilyn herättää verioksenus, verivirtsaisuus, veriulosteet ja anemia. Edenneen syöpäkasvaimen oireita ovat väsymys, kipu, pahoinvointi ja keltaisuus sekä selittämättömät infektiot. Monien syöpien oireet ovat samankaltaisia kuin muissa samankaltaisia oireita aiheuttavissa sairauksissa, esimerkiksi maha- ja haimasyövän yleisimmät oireet ovat vatsavaivat, vatsakipu ja laihtuminen. Näitä oireita esiintyy runsaasti terveessä väestössä, joten todettaessa syöpä voi olla jo pitkälle levinnyt. Anamneesin eli esitietojen olennainen osa on sukutaustan selvitys, sillä alttius syöpään saattaa olla periytyvää. Lisäksi kartoitetaan syövän tavallisimmat vaaratekijät, joita ovat etenkin tupakointi, alkoholin käyttö sekä mahdolliset työperäiset altistukset. Oireiden perusteella tehdään kuvantamis- ja laboratoriotutkimuksia, jotka antavat tärkeää tietoa kasvaimen laadusta ja mahdollisesta levinneisyydestä. Diagnoosia ei tehdä pelkästään kuvantamislöydösten perusteella, vaan varma syöpädiagnoosi perustuu biopsiaan eli kudoksenäytteeseen. (Roberts & Joensuu 2007, 76–78.)

Pitkälle edennyttä syöpää sairastavien oireita ovat väsymys, unettomuus, kipu ja masennus. Muita tavallisia oireita syöpää sairastavilla ovat ruokahaluttomuus, hengästyminen, sekavuus, ahdistus ja verenvuodot. Potilaista 75 %:lla esiintyy viisi tai useampia oireita ja 10 %:lla jopa kymmenen erilaista oiretta.

Oireiden määrä ja niiden aiheuttama huoli vaikuttavat heikentävästi koettuun elämänlaatuun. (Barsevick 2007, 971; Liu ym. 2011, 682; Heidrich ym. 2006, 320–321.)

Uupumus on syöpäpotilaiden oireista yleisin ja vaikeimmin hoidettavissa. Uupumus ja väsymys voivat heikentää hyvinvointia jopa enemmän kuin kipu tai masennus, joita voidaan kuitenkin hallita lääkityksellä. Uupumuksen ja muiden oireiden taustalla on usein kipu. Hoitamattomana kipu voi aiheuttaa noidankehän, jossa mukaan tulevat unihäiriöt ja masennus. Vastaanotolla potilaan voi olla vaikea kertoa ikävistäkin oireista, ellei niistä kysytä erikseen. Syöpäpotilaan oireiden yksityiskohtainen kartoittaminen antaa hoitohenkilökunnalle kokonaisvaltaisen kuvan potilaan kipuongelmasta ja saattaa auttaa kipukierteen katkaisemisessa. (Salminen & Salmenoja 2007, 825; Liu ym. 2011, 686–687.)

Syövän oireet ja niiden voimakkuus murentavat ihmisen fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä hyvinvointia ja heikentävät elämänlaatua. Oireiden vakavuus ennustaa syöpäpotilaiden jäljellä olevaa elinaikaa. Selvin merkki parantumattomasta, pitkälle edenneestä syövästä on ruokahaluttomuus ja raju painonpudotus. (Liu ym. 2011, 682–683.)

6.2 Eturauhasen syöpä

Miesten yleisin syöpä on eturauhasen syöpä ja samalla se on Suomen yleisin syöpätauti (Suomen syöpärekisteri 2012a). Sairastumisen riski lisääntyy 50 ikävuoden jälkeen. Eturauhasen syöpää esiintyy pääasiallisesti yli 70-vuotiailla miehillä. (Kellokumpu-Lehtinen, ym. 2007, 434; Syöpäjärjestöt 2009.)

Eturauhasen syövän riskitekijöitä ovat runsaasti rasvaa sisältävä ruokavalio ja ylipaino. Tulehdukselliset sairaudet lisäävät riskiä, etenkin sairastetut sukupuolitaudit. Tupakointi nostaa eturauhassyövän riskiä tupakoimattomiin verrattuna. Myös beetakaroteenin liiallinen saanti lisää sairastuvuuden riskiä sekä syöpään kuolleisuutta. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2007, 435; Eturauhasen syöpä: käypähoito-suositus 2007.)

6.2.1 Oireet ja toteaminen

Eturauhasen syöpä on pitkään oireeton. Oireiden esiintyessä syöpä on lähes aina levinnyt. Mikäli oireita ilmenee, ovat ne samanlaisia kuin hyvänlaatuisessa eturauhasen liikakasvussa eli virtsaamisvaivoja, verivirtsaisuutta, virtsatietulehduksia sekä selkäkipua. Ensimmäinen oire voi olla myös etäpesäkkeistä johtuva luustokipu tai epätyypillisellä tavalla syntynyt luunmurtuma. (Syöpäjärjestöt 2005.)

Lääkäri tunnustelee eturauhasen koon ja muodon sekä rektumin eli peräsuolen alueen; löydetty kyhmy ei kuitenkaan aina merkitse syöpää. Verestä määritetään eturauhasen tuottama antigeeni eli PSA. Mikäli pitoisuus veressä on kasvanut, herää epäily eturauhassyövästä. Tutkimustulosten ja oireiden perusteella lääkäri tekee arvion jatkotutkimusten ja biopsian tarpeellisuudesta. (Eturauhasen syöpä: käypähoito-suositus 2007.)

6.2.2 Hoito ja ennuste

Eturauhasen syöpä hoidetaan usein poistoleikkauksella, etenkin hyväkuntoisten alle 70-vuotiaiden miesten kohdalla, joiden syöpä on paikallinen. Leikkaus on radikaali toimenpide, joka aiheuttaa impotenssia, virtsanpidätyskyvyttömyyttä sekä osalla tiheävirtsaisuutta. Leikkauksen jälkeen syövän uusiutuminen on kuitenkin harvinaisempaa kuin sädehoidon jälkeen. (Syöpäjärjestöt 2005.)

Sädehoito on kirurgian ohella toinen tärkeä syövän hoitomuoto. Sädehoidossa käytetään suurienergistä, ionisoivaa säteilyä, jonka avulla kutistetaan kasvaimia ja tuhotaan syöpäsoluja. Valinta kirurgian ja sädehoidon välillä syövän hoidossa riippuu hoidettavan kasvaimen luonteesta, hoidon tehokkuudesta ja hoitomuodon mahdollisesti aiheuttamista haitoista. Noin puolet potilaista saa jossain sairautensa vaiheessa joko kuratiivista eli hoitavaa tai palliatiivista eli oireita lievittävää sädehoitoa. (Syöpäjärjestöt 2005; Kouri ym. 2007, 137–138.)

Hormonihoitoa käytetään, kun syöpä on levinnyt tai uusiutunut. Kivesten erittämä testosteroni suurentaa eturauhassyövän kasvua. Estämällä tämän hormonin vaikutus, syövän etenemistä voidaan hidastaa. Menetelminä käytetään kivesten poistoa ja estrogeenihoitoa, jotka aiheuttavat impotenssia, kuumia aaltoja ja mielialan vaihteluita. (Syöpäjärjestöt 2005; Kellokumpu-Lehtinen, ym. 2007, 441, 444.)

Eturauhassyövän aktiivista seulontaa ei nykyään pidetä tarpeellisena. PSA-seulonnoilla on pystytty löytämään varhaisvaiheen syöpätapauksia enemmän, mutta kuolleisuutta sillä ei ole kuitenkaan pystytty vähentämään. (Eturauhasen syöpä: käypähoito-suositus 2007.) Eturauhassyöpään sairastuneista 93 prosenttia on ennustettavasti elossa viisi vuotta sairastumisen jälkeen (Suomen syöpärekisteri 2010). Tämä luku sisältää PSA-seulonnalla löytyneet hyvänlaatuiset syöpätapaukset, jotka eivät johda kuolemaan, vaan potilaat kuolevat todennäköisesti muihin sairauksiin (Pukkala ym. 2011, 60).

6.3 Rintasyöpä

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpämuoto Suomessa ja se on viime vuosikymmenien aikana jatkuvasti lisääntynyt (Suomen syöpärekisteri 2012b). Rintasyöpään sairastumisen todennäköisyys kasvaa tuntuvasti 35. ikävuoden jälkeen ja noin joka kymmenes nainen sairastuu siihen elämänsä aikana (Riikola & Huovinen 2010). Sairastumisriskiin vaikuttavat tekijät liittyvät paljolti hormonaalisiin seikkoihin. Rintasyöpävaara on sitä suurempi, mitä aikaisemmin nainen saavuttaa sukukypsyysikänsä, mitä vanhempana hän saa ensimmäisen lapsensa ja mitä vähemmän hänellä on lapsia. Vaihdevuosien hormonihoito lisää riskiä sairastua rintasyöpään. Etenkin nuorena aloitettu ja pitkäkestoinen tupakointi ja alkoholin runsas käyttö suurentavat sairastumisriskiä. Lihavuuden on todettu olevan yksi merkittävimmistä rintasyövän riskitekijöistä (Dal Maso 2008, 2193). Perintötekijöillä on todettu olevan osuutta n. 30 %:ssa rintasyövisistä (Riikola & Huovinen 2010). Sairastumisen todennäköisyyttä pienentäviä teki-

jöitä ovat imetys, liikunta ja runsaasti vihanneksia sisältävä ruokavalio. (Sankila ym. 2007, 39; Joensuu ym. 2007, 484–485.)

Ikääntyminen on rintasyövän suurin riskitekijä. Yli puolet uusista rintasyöpädiagnooseista tehdään yli 60-vuotiaille naisille. Syöpään liitetyt oireet ovat varsin samankaltaisia kuin normaalit ikääntymisen mukanaan tuomat terveysongelmat ja vaivat. Rintasyöpään sairastuneet naiset eivät välttämättä tunnista oireiden alkuperää, vaan pitävät oireita normaaleina iän tuomina vaivoina. (Suomen Syöpärekisteri 2011.) Heidrichin ym. (2006) mukaan kyvyttömyys tulkita oireita oikein liittyy selvästi tilanteisiin, joissa naisella on heikko psyykinen terveys ja sosiaalinen toimintakyky.

6.3.1 Oireet ja toteaminen

Usein rintasyöpä on pitkään oireeton. Yleensä rintasyöpä löytyy naisen itse havaitessa kyhmyn rinnastaan. Rinnasta voi myös erittyä kirkasta tai veristä nestettä. Lisäksi rinta voi olla punoittava ja turvonnut tai nännipihassa esiintyy ihotumaa. (Syöpäjärjestöt 2010b.)

Oireiden tunnistaminen ja oikea tulkinta on tärkeää, jotta hoito voidaan aloittaa mahdollisimman aikaisin ja sen toteuttaminen on tehokasta. Rintojen omatoiminen tutkiminen ja säännölliset mammografiatutkimukset ovat tärkeitä syövän varhaisen toteamisen keinoja. Kyhmyn tai muiden oireiden taustalla saattaa olla vaaraton, nesteen täyttämä kysta. Hyvänlaatuiset kyhmyt voivat ajan myötä muuttua pahanlaatuisiksi. Naisen tulee käydä lääkärin tutkimuksissa ja mammografiassa 1-2 vuoden välein, jos häneltä löydetään hyvänlaatuinen kyhmy. Hyvin harvoin rintasyöpä todetaan etäispesäkkeistä. Tällöin oireina voi olla kyhmyjä kainalossa, kipuja ja hengitysvaikeuksia. Syöpää epäiltäessä, mammografian lisäksi lääkäri tutkii rinnan ja kainaloiden imusolmukkeet. Tarvittaessa voidaan tehdä myös ultraääni-tutkimus ja kyhmystä otetaan kudoksenäyte tutkittavaksi. (Riikola & Huovinen 2010.)

6.3.2 Hoito ja ennuste

Rintasyövän hoito suunnitellaan aina sairastuneen iän, terveydentilan ja kasvaimen ominaisuuksien mukaan. Leikkaus on yleisin rintasyövän hoitomuoto, jossa kasvain poistetaan ja tutkitaan. Rintasyöpäleikkaus voi olla joko rinnan säästävä tai rinta voidaan joutua poistamaan kokonaan. Leikkauksen yhteydessä selvitetään, onko syöpä levinnyt kainalon imusolmukkeisiin. Mikäli kasvain on alle kolme senttimetriä, voidaan kainalosta ottaa vartijaimusolmuke tutkittavaksi. Mikäli imusolmuke on terve, ei kainaloa välttämättä tyhjennetä imusolmukkeista. Rintasyövän uusiutumisriskiä voidaan pienentää lähes 60 % munasarjojen poistolla. (Joensuu ym. 2007, 492–493; Riikola & Huovinen 2010.)

Leikatulle rinnalle annetaan sädehoitoa, jolloin uusiutumisriski pienenee. Sädehoidon tarkoituksena on tuhota leikkausalueelle tai imusolmukkeisiin mahdollisesti jääneet syöpäsolut ja siten estetään niiden leviäminen. Kasvainta voidaan pienentää ennen leikkausta sädehoidon avulla ja sitä voidaan antaa myös palliatiivisesti oireiden lievittämiseen (Syöpäjärjestöt 2010b). Leikkauksen jälkeen annettavista liitännäis- eli adjuvanttihoidoista yleisimmin käytettyjä ovat solunsalpaaja- eli sytostaattihoito, vasta-aine- ja hormonihoito. Lääkehoitoja voidaan käyttää joko yksin tai yhdistelmänä. (Joensuu ym. 2007, 499–501; Riikola & Huovinen 2010.)

Solunsalpaajahoidon aiheuttamista haittavaikutuksista pahoinvointi on usein merkittävin. Kaikki solunsalpaajat eivät aiheuta pahoinvointia, vaan se riippuu lääkkeen määrästä ja laadusta sekä potilaan pahoinvointiherkkyydestä. Pahoinvoinnin hoito on erittäin tärkeää, koska oksenteluun voi liittyä voimakas hoitoon kohdistuva vastenmielisyyden tunne. Hiustenlähtö on kiusallinen haittavaikutus varsinkin naiselle ja sen aiheuttaa solunsalpaajien yhdistelmähoidot. Haittavaikutukset loppuvat hoidon jälkeen ja hiukset kasvavat takaisin. (Holmia ym. 2008, 120–121.)

Rintasyöpäkuolleisuuden on todettu pienentyneen 42 % mammografiaseulontaan kutsutuilla 55–69-vuotiailla suomalaisnaisilla. Kahden vuoden välein tapahtuva joukkoseulonta on kohdennettu Suomessa 50–69 -vuotiaisiin naisiin. Va-

paaehtoisen seulonnan tarkoituksena on havaita rintasyöpä varhaisvaiheessaan. (Rintasyöpä (diagnostiikka ja seulonta): Käypä hoito-suositus 2009.) Rintasyövän ennuste on parantunut seulontojen myötä, kaikkiaan kuolleisuus on vähentynyt 28 %. Vuosina 2007–2009 rintasyöpään sairastuneista naisista viiden vuoden jälkeen oli elossa 89 %. (Pukkala ym. 2011, 54–55, 58.)

6.4 Syövän psyykkiset vaikutukset

Syöpään sairastuessaan ihminen joutuu kohtaamaan elämän rajallisuuteen ja kuolemaan liittyvät kysymykset. Syöpä herättää pelkoa ja epävarmuutta potilaassa sekä läheisissä ihmisissä. Hoidot ovat usein pitkiä ja monivaiheisia, ja tietoisuus elämän epävarmuudesta jatkuu hoitojen jälkeenkin. Tämä asettaa hoitotyölle psyykkisen tuen sekä tukipalvelujen tarvetta. (Idman 2009.)

Joka kolmannella syöpäpotilaalla esiintyy psyykkistä oireilua sairauden jossakin vaiheessa. Potilailla on usein masennusta, sopeutumishäiriöitä, ahdistuneisuutta ja paniikkihäiriöitä sekä traumaperäisiä stressireaktioita. Psyykkiset oireet voivat vaihdella lyhytkestoisista reaktioista rajuihin kriiseihin. Yleensä kriisivaihe liittyy diagnoosin varmistumiseen, mutta psyykkisiä oireita voi esiintyä missä tahansa sairauden vaiheessa. Psyykkisten oireiden riski kasvaa somaattisten oireiden vaikeutuessa, potilaan saadessa radikaaleja hoitoja tai komplikaatioiden lisääntyessä. Befortin ja Klempin (2011) mukaan psykososiaalista oireilua aiheuttaa myös sairauden uusimisen pelko ja ruumiinkuvan muuttuminen. Kaikista diagnosoitavista häiriöistä yleisintä on sopeutumishäiriötasoinen oireilu. (Idman 2009.)

Syövästä selvinneiden fyysiset ja psyykkiset oireet eivät välttämättä vähene ajan kuluessa. Masennus ja fyysiset oireet ovat tavallisia aktiivisia syöpähoitoja saavilla potilailla, mutta myös syövästä parantuneilla esiintyy samoja oireita. Syövästä selvinneillä voi olla uupumusta, kipuja, unihäiriöitä ja masennusta vielä yli kymmenen vuotta hoitojen loputtuakin. Stressaavasta elämäkokemuksesta on vaikea päästä yli ja usein se jää osaksi persoonaa loppuelämän ajaksi. (Bennett ym. 2010, 335–336.)

Täydentäviä tukipalveluja tarvitsee 10–30 % syöpäpotilaista. Erityistuen tarve korostuu, jos syöpä on levinnyt jo toteamisvaiheessa, tautiennuste on huono tai hoito aiheuttaa paljon haittavaikutuksia. Sosiaalityöntekijät, psykiatriset sairaanhoitajat, psykologit, psykiatrian erikoislääkärit ja sairaalateologit osallistuvat hoitoon potilaan tarpeiden mukaan. (Idman 2009.)

6.5 Psykososiaalinen selviytyminen

Psyykkiset selviytymiskeinot vaihtelevat yksilöstä ja tilanteesta toiseen, myös selviytymisprosessin vaiheet ilmenevät potilailla eri tavoin. Alun shokkivaiheen jälkeen potilas alkaa tunnistaa selviytymisvaatimuksiaan. Hän kohtaa vähitellen todellisuuden, jolloin alkaa sopeutuminen sairauteen. Uudelleen suuntautumisen vaihe koskee tilannetta, jossa syöpä pystytään parantamaan kokonaan tai saadaan hallintaan. Mikäli syöpää ei enää pystytä aktiivisesti hoitamaan, on potilaan kohdattava jälleen uusi shokkivaihe. Osa potilaista käy selviytymisprosessin vaiheet uudelleen läpi, kun taas osa ei pääse shokkivaihetta pidemmälle koskaan. Syöpää sairastavan potilaan hoitaminen vaatii hoitajalta kykyä arvioida ja ymmärtää, missä selviytymisprosessin vaiheessa tämä on. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 51, 53–54; Eloranta & Punkanen 2008, 104.)

Syöpäpotilaat käyttävät useita keinoja rinnakkain syövän aiheuttaman stressin hallintaan. Mitä raskaammin potilas kokee syöpädiagnoosin, sitä runsaammin hän joutuu tekemään psyykkistä työtä itsensä kanssa ja käyttämään stressinhallintakeinoja. Syövän aiheuttaman stressin hallinta on vaikeampaa, jos lisäksi elämäntilanne on ennestään jo kovin kuormittava. Syövän aiheuttaman stressin hallinnassa auttaa perheenjäseniltä, läheisiltä ja hoitohenkilökunnalta saatu tuki. Miehillä hyvää stressinhallintaa ennakoivat tuttavien ja kanssapotilaiden tuki ja naisilla ystävien tuki. Myös hoitohenkilökunta on erittäin tärkeä tuen lähde vasta sairastuneelle syöpäpotilaalle ja he ovat usein yhtä tärkeässä asemassa omaisten ja ystävien kanssa. Lääkäreiltä saadun tuen määrään useat potilaat ovat kuitenkin olleet pettyneitä. (Lehto-Järnstedt ym. 2002, 1460, 1463–1464.)

Ihmiset voivat käyttää monia keinoja hyvinvointinsa edistämiseen. Hoidoista toipuvan on tärkeää pitää huolta itsestään esim. liikunnan avulla, sillä liikunta auttaa tutustumaan omaan kehoon uudestaan ja vahvistaa minäkuva. Potilaan on myös hyvä keskittyä positiivisiin ja elämäniloa nostattaviin asioihin, eikä mu-rehtia sairautta. Mielenterveyttä edistävät toivo sekä onnistumisen kokemukset. (Leidenius ym. 2010, 1217; Eloranta & Punkanen 2008, 104.)

Epätoivo ja toivottomuus liittyvät ihmisen kärsimykseen ja sairauteen. Toivon vahvistaminen on eräs hoitotyön ydinarvo. Toivo kytkeytyy ihmisen psyykkiseen terveyteen ja hengelliseen hyvinvointiin, ja se on merkittävä voima terveyttä edistävän toiminnan ja itsehoidon kannalta. Syöpään sairastuneen toivon vahvistaminen on tärkeää sekä potilaan että hänen läheistensä kannalta. (Chi 2007, 420; Kylmä & Juvakka 2007, 4.)

Toivon tunne ja selviytyminen liittyvät olennaisesti toisiinsa. Potilaat, joiden toivon tunne on vahva, selviytyvät sairaudesta paremmin. Hyväksyntä, normaalin elämän jatkuminen, sekä elämän ja kuoleman kanssa tehty sovinto voivat tuoda mielenrauhan. Yleisimpiä keinoja, joilla potilaat pitävät yllä toivoa ovat usko ja hengellisyys, ihmissuhteet ja keskustelut, kontrollin tunne, positiivinen ajattelu, hetkessä eläminen ja muistot. Hoitajan välittäminen ja aitous, ystävällisyys ja pienet eleet voivat olla potilaiden selviytymisen kannalta merkittäviä. Hoitajien empaattinen tapa toimia auttaa potilaita säilyttämään, nostamaan ja uudelleen rakentamaan toivon tuntemuksiaan. (Chi 2007, 420.)

6.6 Sosiaalinen ja emotionaalinen tuki

Empaattisuus merkitsee myötäelämistä, taitoa asettua hetkeksi toisen ihmisen asemaan. Sairaanhoidajan empatiakyky on edellytys potilaan emotionaaliselle auttamiselle. Mitä paremmin hoitaja tiedostaa ja ymmärtää omia tunteitaan, sitä taitavampi hän on havaitsemaan hoidettavien mielialoja. Aito empatia edellyttää tervettä itsetuntoa sekä tasapainoista mielialaa. Empaattisuus ilmentää myös psyykkistä kypsyyttä, jolloin hoitaja uskaltaa eläytyä potilaan tunteisiin pelkää-

mättä oman identiteettinsä menettämistä. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 143.)

Tuen perusta muodostuu hyvästä somaattisesta hoidosta, johon kuuluu potilaan informointi ja perehdytys omaan hoitoonsa. Tuki kattaa yleistä neuvontaa, ensi-tietokursseja sekä hoitojen jälkeiseen kuntoutumiseen painottuvia sopeutumis-valmennuskursseja. Hoitojärjestelmän ulkopuolella psykososiaalisia tukipalvelu-ja tuottavat syöpäjärjestöt. (Idman 2009.)

Syöpäpotilaat ja heidän läheisensä ilmaisevat harvoin henkisen tuen tarpeitaan avoimesti. Tarpeet ilmenevät usein erilaisten vihjeiden avulla. Tuen tarpeen tunnistaminen edellyttää yksilöllisen elämäntilanteen ymmärtämistä sekä henki-sen hyvinvoinnin arviointia. Henkisen tuen tarvetta arvioivia mittareita tulisi ke-hittää hoitotyöhön. Perheen yhteenkuuluvuuden tunne ja keskinäinen tuki voivat kärsiä syöpäsairauden aikana, joten myös perheenjäsenten välistä vuorovaiku-tusta tulee arvioida ja tukea. (Mattila ym. 2010, 31–36.)

Saadun tuen määrään voi vaikuttaa se, miten syöpää hoidetaan. Pelkästään leikkaushoitoa saaneet potilaat voivat kokea saavansa vähemmän sosiaalista tukea sukulaisiltaan ja ystäviltään kuin lisähoitoja saaneet potilaat. Vaikka syö-pä saadaan nopeasti hallintaan pelkällä leikkaushoidolla, henkinen toipumispro-sessi voi olla vielä kesken. Potilaan psyykkinen kuorma sairastumisesta ei ole riippuvainen saaduista hidoista eikä niiden kestosta, vaan psykososiaalinen tuki on turvattava kaikkien potilaiden kohdalla tarpeen päättymiseen asti. (Leh-to-Järnstedt ym. 2002, 1463–1464.)

Tunnistamalla potilaan sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja ja rajoitteita löydetään potilaan oma henkilökohtainen selviytymisstrategia valmiiden hoitomallien si-jaan. Ohjaamisen ja opetuksen tulisi olla vastavuoroista, jolloin potilas saa tie-toa sairaudestaan ja oireiden aiheuttamista muutoksista. Saamansa tiedon tur-vin potilas voi sopeutua tilanteeseensa ja selviytyä hyväksymällä sairautensa. Ohjauksen tavoitteena on henkisen tasapainon löytäminen, itsehoitoon sitoutu-minen sekä voimaantuminen. (Hage & Lorensen 2005, 245.)

Hoitosuhteissa tulisi olla mentaalista ja ajallista tilaa potilaan omien tautitulkintojen käsittelylle, minkä kautta potilaan on mahdollista tyynnyttellä uhkakuvia ja katastrofiajatuksia. Tasapuolinen vuorovaikutus muodostaa perustan sille, että potilas pystyy ottamaan vastuuta hoidostaan, sietää hoitoihin vääjäämättä liittyviä pettymyksiä ja turhautumisia sekä motivoituu noudattamaan hoito-ohjeita. Raskaatkin hoidot voidaan toteuttaa polikliinisesti, kun annettu henkinen tuki kannattelee potilasta. (Idman 2009.)

6.7 Syöpäjärjestöjen tukiryhmät

Ihmisen kyky selviytyä syövän aiheuttamasta elämänmuutoksesta on yksilöllinen. Tuen tarpeeseen vaikuttavat sairauden ja hoitojen luonne sekä niiden psyykkiset ja fyysiset vaikutukset. Selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat myös persoonallisuus, elämäntilanne sekä henkilökohtainen tapa toimia kriisitilanteessa. Tukiryhmässä voi tuntea yhteenkuuluvaisuutta, yhteisöllisyyttä ja ehdotonta hyväksyntää muiden samassa elämäntilanteessa olevien ihmisten kanssa (Doorenbos ym. 2010, 765). Erilaisten tukimuotojen avulla pyritään auttamaan sairauden hallintaa tai potilaan selviytymistä takaisin terveen rooliin. Tavoitteena on paras mahdollinen elämänlaatu potilaan tilanteeseen nähden. (Lounais-Suomen syöpäyhdistys 2012b.)

Syöpäjärjestöjen tärkeä toimintamuoto on syöpäpotilaiden tuki- ja vertaisryhmät, joita ylläpitävät maakunnalliset syöpäyhdistykset ja valtakunnalliset potilasyhdistykset. Tukimuotoja ovat esimerkiksi alueelliset syöpäkohtaiset keskusteluryhmät, ensitiedon kurssit, vertaistukitoiminta ja kuntoutuskurssit. (Suomen syöpäpotilaat 2012.)

Ensitietokurssilla pyritään lisäämään potilaan ja hänen läheistensä voimavaroja, toimintakykyä ja toimintamahdollisuuksia muuttuneessa elämäntilanteessa sekä antamaan keinoja sairastumisen aiheuttaman kriisin hallintaan. Painopistealueina kursseilla ovat tiedon jakaminen, sairastumisen aiheuttamien taloudellisten ja sosiaalisten kysymysten käsitteleminen sekä henkinen tukeminen. (Lounais-

Suomen syöpäyhdistys 2012c; Lounais-Suomen syöpäyhdistys 2012d; Lounais-Suomen syöpäyhdistys 2012e.)

Kuntoutus on olennainen osa vakavan sairauden hoitoprosessia. Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n ja Turun ammattikorkeakoulun yhteisesti toteuttamassa tutkimuksessa selvitettiin syöpäpotilaiden kuntoutustoiminnan tuloksellisuutta. Tutkimuksessa todettiin, että kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit voimaannuttavat sekä syöpäkuntoutujaa että hänen läheisiään. Syöpään ja sen uusiutumiseen liittyvät pelot lievenivät ja sopeutuminen mahdollistui psyykkisen tuen ja asiantuntijatiedon avulla. Suurin osa syöpäkuntoutujista koki olevansa virkistyneitä, saaneensa voimaa ja toivoa kurssien erilaisista tukimuodoista, erityisesti vertaistuesta. Vertaistukeen liittyvä inhimillinen kokemustieto ja mahdollisuus puhua sairaudesta avoimesti lisäsivät kuntoutujien ja läheisten voimaantumista. (Nurminen ym. 2011, 98—99.)

Tukiryhmiä suunniteltaessa on tärkeää arvioida syöpäpotilaiden tiedollisia ja hengellisiä tarpeita. Syöpäpotilaat haluavat saada tietoa yleisesti syövästä, syövän riskitekijöistä, hoidoista sekä hoitojen sivuvaikutuksista. Eniten syöpäpotilaat kaipaavat tietoa ravitsemuksesta sekä keinoja siihen, miten perheenjäsenille voi kertoa omasta sairaudesta ja sen herättämistä tunteista. Tutkimuksissa on tullut esille, että harvaan asutuilla alueilla tukiryhmiä ei välttämättä ole tarjolla. (Doorenbos ym. 2010, 768.)

6.8 Syöpäpotilaan omaiset

Yksilön sairastuminen vaikuttaa monin tavoin myös omaisten hyvinvointiin ja jokapäiväiseen elämään. Omaisilla on usein tärkeä tehtävä potilaan emotionaalisenä tukijana. Tämän on todettu lisäävän potilaan sitoutumista hoitoon sekä vähentävän ikäviä kokemuksia. Omaiset tarvitsevat hoitajilta apua ja tukea sopeutuakseen sairauden aiheuttamaan uuteen elämäntilanteeseen. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 226.)

WHO:n (2012) palliatiivisen hoidon ohjeistuksessa korostetaan omaisten tukemisen tärkeyttä perheenjäsenen sairauden aikana ja kuoleman jälkeen. Holts-

landerin ja McMillanin (2011) tutkimuksen mukaan kolmannes omais-hoitajista kärsii masennusoireista kolme kuukautta omaisen kuoleman jälkeen. Sureminen on normaali prosessi ja sen voidaan olettaa jatkuvan pitkään, varsinkin raskaan hoitojakson jälkeen. Uupumus ja henkinen kuormitus voivat aiheuttaa masennusta ja surua. Hoitosuhteen kokemukset, kuten hallitsematon kipu, ikävät muistot ja stressaavat perhesuhteet vaikeuttavat surutyön läpikäymistä. Hoito-henkilökunnan tulisi tunnistaa, milloin normaali sureminen on muuttunut masennukseksi ja komplisoituneeksi suruksi.

Syöpään kuolleiden potilaiden surevia omaisia ei juurikaan oteta huomioon syöpähoitojen aikana. Omaisten ja omaishoitajien tiedetään kärsivän henkisestä stressistä ja fyysisestä kuormituksesta. Pitkälle edennyttä syöpää sairastavien potilaiden omaishoitajat ovat usein myös itse ikääntyneitä ja heidän oma terveytensä ja toimintakykynsä voivat heiketä rajusti omaisen elämän loppuvaiheissa. Läheisen kuolema lisää omaisten riskiä yksinäisyyteen, stressiin, päihteiden väärinkäyttöön, fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn laskuun, kipuun ja unettomuuteen sekä itsemurhiin. (Holtslander & McMillan 2011, 60.)

6.9 Hyvinvointiteknologia syöpäpotilaan tukemisessa

Hyvinvointiteknologian avulla toteutetun syöpäkuntoutujien tukiryhmätoiminnan on todettu Doorenbosin ym. (2010) tutkimuksessa olevan hyödyllinen menetelmä syrjäseuduilla asuvien potilaiden tukemisessa. Toisten syöpäpotilaiden kanssa keskustelu oli osallistujille arvokasta, koska he eivät muutoin tavanneet kohtalotovereita syrjäseuduilla. Nähdessään ja kuullessaan toisia syöpäpotilaita osallistujat ymmärsivät, etteivät he olleet yksin. Osallistujat olivat tyytyväisiä videoneuvottelulähetysten laatuun ja ohjaajan mukana olo saattoi lisätä tyytyväisyyttä. Syöpähoitajan rooli olennaisen tiedon antajana ja jaksamisen tukijana oli tärkeä. Lähetysaiheiden valinta osallistujien mielenkiinnon kohteiden mukaan oli tärkeää lähetyksiä suunniteltaessa. Hyvinvointiteknologian käyttöä kannattaa harkita, jos ollaan suunnittelemassa vertaistukitoimintaa potilaille, jotka eivät muuten ole palveluiden tavoitettavissa.

Yhdysvaltalaisen Befortin & Klempin (2011) tutkimuksen mukaan maaseudulla asuvat naiset ovat heikoimmassa asemassa terveydenhoitopalvelujen asiakkaina. Tutkimuksen mukaan pitkät välimatkat vaikeuttavat erikoissairaanhoidon ja lääkärin vastaanotolle pääsyä. Maaseutuväestön alempi koulutustaso ja heikompi terveystietämys kaupunkiväestöön verrattuna asettavat nämä naiset heikompaan asemaan terveydenhuollon asiakkaina ja syöpäpotilaina. Kohderyhmä tarvitsisi neuvontaa vaihdevuosien ja syövän aiheuttamista oireista sekä syöpähoitojen hyödyistä ja riskeistä. Harvaan asutuilla alueilla voi olla vaikeaa järjestää neuvontapalveluita ja vertaistukea. Hyvinvointiteknologiaa voitaisiin tällöin hyödyntää terveyspalvelujen vaihtoehtoisena palvelumuotona. Usein tekniikan aiheuttamat rajoitukset estävät kuitenkin uusien menetelmien hyödyntämisen, koska tarvittavia laajakaistaisia verkkoyhteyksiä tai videoneuvottelulaitteita ei välttämättä ole saatavilla harvaanasutuilla alueilla.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ammatillisen käytännön ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Työn tuotos voi olla esimerkiksi ohjekirja tai opetusvideo. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Ammatikorkeakoulun lopputyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja opiskelijan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä käytetään perinteisiä tutkimuskäytäntöjä perustasolla. Kerättyä aineistoa ei ole välttämättä analysoida yhtä tarkasti ja järjestelmällisesti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Teoreettisen osuuden luotettavuutta lisäävät huolellisesti tehty kirjallisuuskatsaus ja lähdeluettelo. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 51.) Raportissa ei ole tarpeen käydä perinteisen tutkimuksen tavoin alan tieteellistä tai yhteiskunnallista keskustelua. Työllä voi silti olla ammatillista ja jopa yhteiskunnallista vaikuttavuutta kehittämiskohteessaan. (Vilkkä 2006, 76–77.) Opinnäytetyötä kirjoitettaessa työprosessi kielellistetään opinnäytetyöraportiksi. Raportista selviää, mitä, miksi ja miten on tehty, millainen työprosessi on ollut sekä millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Opinnäytetyö on sekä ammatillisen että henkilökohtaisen kasvun väline ja se kertoo lukijalle ammatillisesta osaamisesta. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 57–58.)

Saimme luvan opinnäytetyön tekemiselle, allekirjoitettuamme toimeksiantosopimuksen (liite 5). Toiminnallisista opinnäytetöistä ja niiden laatukriteereistä on tietoa saatavilla vain vähän. Tämä loi työn toteuttamiselle haasteita, koska selkeitä ohjeita ei ollut olemassa. Vaarana oli luotettavuuteen ja laatuun liittyvät ongelmat. Toisaalta saimme näin toteuttaa omaileimaisen, persoonallisen sekä omaa kiinnostustamme ilmentävän opinnäytetyön.

7.1 Teoreettisen osuuden toteuttaminen

Opinnäytetyöprosessi alkoi elokuussa 2011, kun opiskelijaryhmämme sai tietää osallistumisesta VIRTU-projektiin. Ikääntyneiden etäohjaus hyvinvointiteknologian keinoin vaikutti ajankohtaiselta ja kiinnostavalta aiheelta. Opiskelijaryhmämme oli tarkoitus tuottaa VIRTU-kanavalle yhteensä 24 lähetystä keskeisistä kansansairauksista ja laatia kahdeksan opinnäytetyötä. Kolmen hengen opinnäytetyöryhmällemme valikoitui aiheeksi syöpätaudit, josta oli tarkoituksena tuottaa neljä tunnin mittaista VIRTU-lähetystä. Aihe tuntui tärkeältä syöpätautien yleisyyden ja siitä aiheutuvien inhimillisten kärsimysten vuoksi. Aiheen rajaamisen lähtökohtana toimivat näkemykset kohderyhmämme tarpeista ja odotuksista sekä VIRTU-kanavan hyödynnettävyydestä ikääntyneiden etäohjauksessa.

Toimeksiantajalta saatu aihe voi nopeuttaa työn valmistumista, koska aiheen etsimiseen ei tarvitse käyttää aikaa. Kun aihe on valittu, sitä on useimmiten rajattava. Kirjoittajan tulisi tarkentaa ajatuksiaan siitä, mitä haluaa tietää tai osoittaa valitsemastaan aiheesta. Huolellinen tavoitteiden pohdinta ennen aineiston keräämistä säästää aikaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 72, 81.)

Aiheanalyysissä tärkein osa-alue on kohderyhmän määrittely ja kuvaus. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuote tai ohjeistus tehdään jonkun käytettäväksi, koska tavoitteena on joidenkin ihmisten osallistuminen toimintaan. Yleisiä kohderyhmän määrittelyssä käytettyjä ominaisuuksia ovat muun muassa ikä, koulutus ja ammattiasema. Kohderyhmän tarkka määrittäminen on tärkeää, koska tuotteen sisällön ratkaisee se, mille ryhmälle idea on ajateltu. Lisäksi on tärkeää miettiä, mikä on ongelma, jota ollaan ratkaisemassa ja ketä ongelma koskee. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 38—40.)

Syksyllä 2011 saamamme tiedot opinnäytetyömme kohderyhmästä olivat vähäiset. Tästä syystä kohderyhmämme määrittely jäi hieman pintapuoliseksi. Kahteen ryhmään jaetut VIRTU-asiakkaat asuvat etupäässä Naantalın kaupungin alueella. Telkät ovat noin 60- 90-vuotiaita yksinasuvia ikääntyneitä henkilöitä ja heitä oli noin 10, joista miehiä oli kolme. Omaishoitajat ja kuntoutujat muodostivat noin 9 henkilön kokoonpanon; ryhmää kutsutaan Tiirroiksi. Ryhmässä

oli vain yksi mieshenkilö ja hän toimi vaimonsa omaishoitajana. Osallistujien toimintakyvyssä oli suurta vaihtelevuutta.

Eräs opinnäytetyölle asettamistamme tavoitteista oli löytää tiedonhaun avulla uusinta ja luotettavaa tutkittua tietoa työssä esiin nousevista teemoista. Kirjallisuuskatsauksestamme muodostui monipuolinen ja perusteltu, koska käsittelemiämme teemoja on tutkittu paljon ja mielenkiintoista tutkimustietoa oli helppo löytää. Työn alussa valitsemamme lähteet saivat tukea aina uusien lähteiden myötä ja aihe alkoi hahmottua tehtyjen valintojen ollessa oikeita.

Hoitotyön tietoperustan keskeiset osa-alueet ovat ihminen, terveys, hoitotyön toiminnot ja hoitotyön ympäristö. Ihmistä tarkastellaan suhteessa ympäristöön, kulttuuriin ja hoitotyöhön, jolloin ihmisen hyvinvointiin vaikuttaa vahvasti perheen ja läheisten hyvinvointi. (Eriksson ym. 2012, 68—69.) Autettava ihminen on aina ainutlaatuinen, ajatteleva, arvovalintoja tekevä yksilö, jolla on myös oma näkemys terveydestään. Hoitotyössä autettavan tulisi tuntea, että häntä kunnioitetaan ja että hänen asioitaan ajetaan parhain päin. Hoitajalta edellytetään yhteiskunnassa vallitsevien arvojen ja eettisten periaatteiden sisäistämistä. Toimintaa ohjaavat sellaiset hoitamisen periaatteet kuin ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen sekä oikeudenmukaisuus. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 27–29.)

Terveysteen kuuluu fyysisen terveyden lisäksi henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Objektiivinen terveystäsitys kuvaa sairauden puuttumista ja subjektiivinen ihmisen omaa käsitystä hyvinvoinnista. Ihmisen terveyden tutkimuksessa otetaan nykyään huomioon myös läheisten hyvinvointi, jotka ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa. (Eriksson ym. 2012, 70, 71–74.)

Opinnäytetyössämme ihminen oli keskeisessä roolissa. Kohderyhmämme olivat kotona asuvat ikääntyneet ihmiset. Otimme huomioon ikääntyneen ihmisen tarpeet erityisesti kotona pärjäämisen kannalta, ja miten tätä tuetaan esimerkiksi hyvinvointiteknologian avulla. Pyrimme tekemään opinnäytetyömme asiakaslähteisestä näkökulmasta. Olemme käsitelleet terveyttä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta. Fyysistä terveyttä olemme tarkastelleet muun

muassa syöpä-kappaleessa, jossa kerrotaan yleisimmistä syöivistä ja niiden oireista sekä hoitomuodoista. Psyykkistä terveyttä olemme käsitelleet esimerkiksi syöpään sairastumisen psyykkisinä oireina sekä miten elämänlaatua voi sairastumisen jälkeen kohentaa. Olemme ottaneet huomioon myös omaisten hyvinvoinnin läheisen sairastuessa vakavasti. Terveiden sosiaalinen osa-alue näyttäytyy työssämme vertaistukea ja ryhmäohjausta käsittelevässä osuudessa.

Opinnäytetyön kirjoitusprosessin edetessä pohdimme, mikä olisi sopivin käsite VIRTU-menetelmälle. Emme pitäneet termistä ”virtuaalinen”, koska se viittasi mielestämme enemmän internetin verkkomaailmaan eikä TV-avusteiseen potilasohjaukseen. Eri työvaiheiden aikana käytimme käsitteitä interaktiivinen etäohjaus, teleterveys sekä terveysteknologia. Päädyimme lopulta käyttämään termiä hyvinvointiteknoogia. Tätä termiä käytettiin muun muassa Lahden ammattikorkeakoulun vuonna 2007 ilmestyneessä julkaisussa ”Hyvinvointiteknoogia sosiaali- ja terveysalalla - hyöty vai haitta?”

Tekstille asetetut tavoitteet ovat täyttyneet työn viimeistelyvaiheen myötä. Työssä on käytetty lähteinä runsaasti englanninkielisiä artikkeleita, joiden kääntäminen on tuonut omat haasteensa työn etenemisen kannalta. Käännöstekstin muokkaaminen helppolukaiseksi ja sujuvaksi ilmaisuksi on vaatinut paljon työtä. Huomiota on kiinnitetty erityisesti otsikoiden valintaan sekä tekstin sujuvaan etenemiseen kappalerakenteita mietittäessä. Tämän seurauksena olemme saaneet työstä tasapainoisen kokonaisuuden.

Vilkan ja Airaksisen (2004, 51.) mukaan toiminnallisiin opinnäytetöihin kuuluva tuotos voidaan liittää mukaan opinnäytetyön raporttiin. Produktin teksti poikkeaa kuitenkin opinnäytetyön muusta tyylistä, koska tuotoksen tekstissä puhutellaan kohde- ja käyttäjäryhmää. Halusimme lisätä opinnäytetyön luotettavuutta liittämällä työhön mukaan lähetysten käsikirjoitukset ja havainnollistamismateriaalin.

7.2 Toiminnallisen osuuden toteuttaminen

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa neljä terveyttä edistävää ja ennaltaehkäisevää ohjelmaa ikääntyneille kotihoidon asiakkaille. Ehdotimme kohderyh-

mälle seuraavia lähetysaiheita: tietoa syövästä ja syövän oireista, syövän hoito, syövän riskitekijät ja ehkäisy sekä syöpäpotilaan elämälaatu ja jaksaminen. VIRTU-asiakkaat saivat valita näistä kaksi kiinnostavinta aihetta, jotka olivat: tietoa syövästä ja syövän oireista sekä syöpäpotilaan elämälaatu ja jaksaminen. Mielestämme valitut lähetysaiheet olivat ryhmäkeskusteluun hyvin sopivia.

Ohjelmien tavoitteena oli osallistujien tiedon lisääntyminen syövästä ja sen vaikutuksista hyvinvointiin. Merkittävimpänä tavoitteenamme oli kuitenkin luontevan vuorovaikutuksen syntyminen meidän ja kohderyhmämme välille. Tavoitteemme pohjautuvat laadukkaan hoitotyön edellyttämään arvopohjaan eli asiakaslähtöisyyteen, yksilöllisyyteen ja hienotunteisuuteen. Raskaasta aiheesta huolimatta toivoimme lähetystuokioiden muodostuvan tunnelmaltaan positiiviseksi ja voimia antavaksi. Pyrimme omalla toiminnallamme lisäämään asiakkaiden motivaatiota huolehtia omasta terveydestään sekä rohkaista hakemaan apua vaikean elämäntilanteen kohdatessa.

Asiakkaan ohjaaminen vaatii hienotunteisuutta ja sillä on edellytykset onnistua, kun ihminen saadaan pohtimaan terveyden merkitystä elämässään. On tärkeää tietää, missä asioissa asiakas kokee tarvetta muutokseen ja kuinka halukas hän siihen on. Tieto pitäisi tarjota asiakkaan omaan elämään soveltuvalla tavalla. Yksilöllisyyden huomiointi ja kokonaisvaltainen lähestymistapa ovat edellytyksiä onnistuneelle ohjaussuhteelle. (Eloranta & Punkanen 2008, 153–154.)

Rajasimme aihetta miesten ja naisten yleisimpiin syöpiin, eli rinta- ja eturauhassyöpiin. Varauduimme yllättäviin kysymyksiin hankkimalla tietoa myös muista syövistä. Suunnittelimme lähetyksille rungon ja hankimme laajasti tietoa lähetysaiheista. Toivoimme, että osallistujat toisivat omilla ajatuksillaan väriä lähetyksiin ja niistä muodostuisi ryhmän itsensä näköisiä.

Hyvinvointiteknologiaa käytettäessä visuaalinen ja auditiivinen informaatio ei välity vastapuolelle yhtä monieleisesti kuin kasvokkain keskusteltaessa, koska tunnelman ja tunteiden välittymiseen vaikuttavat monet hienovaraiset yksityiskohdat. Ihmisten välisessä kommunikaatiossa sanatonta viestintää ovat ilmeet, eleet, asento ja äänen sävy. Tekniikan asettamat rajoitukset voivat vaikuttaa

asiakkaaseen niin, että hän ei tunne saavansa hoitajalta vastakaikua ja empatiaa. Toisaalta tämä saattaa jopa vauhdittaa keskustelua, koska häiritsevät maanerit eivät vaikuta keskittymiseen. (Norman 2006, 773.)

Lähetysten onnistumisen kannalta on tärkeää, että asiakkaat osaavat käyttää laitetta oikein ja suhtautuvat sen toimintaan luottavaisesti. Käyttöänoton yhteydessä saatu perehdytys ehkäisee häiriöiden aiheuttamaa hämmennystä, epävarmuutta ja ärtymystä. Lähetysten aikana tulee välttää nopeita liikkeitä ja kiinnittää huomiota selkeään ja rauhalliseen puhetapaan. Oikea etäisyys kameraan ja sijoittuminen välitettävään kuvaan helpottavat kehonkielen tulkintaa. (Norman 2006, 774—775.)

Tiedon välittämisessä ei voida luottaa vain puhumiseen ja kuuntelemiseen, vaan myös muita aistikanavia voidaan hyödyntää. Ikääntyneiden tiedon omaksumista voi haitata aistitoimintojen hitaus, esimerkiksi havaintojen tekemisen yhteydessä (Peltonen 2004, 40). Monilla ihmisillä on näkömuisti, joten he muistavat paremmin näkemäänsä kuin kuulemaansa. Havainnollistamisen avulla erottuvat tärkeät asiat ja esitykseen saadaan rytmiä sekä vaihtelua. Esittämisen lisäksi asian selittäminen antaa kuulijoille tunteen, että heitä arvostetaan. (Niemi ym. 2006, 45–46.)

Yleisimmin käytettyjä havainnollistamisvälineitä ovat PowerPoint-esitykset, erilaiset kuvat ja kaaviot sekä ääni- ja videomateriaalit. PowerPoint-esityksessä diojen ensisijainen tehtävä on tukea puhetta. Diojen järjestys, sisältö tai määrä ei saa ohjata esitystä tai sen rakennetta. PowerPoint-esitys ei saa myöskään kuormittaa kuuntelijoiden tai puhujan keskittymistä vuorovaikutukseen. Toiminnallinen havainnollistaminen jättää vahvan muistijäljen ja lisäksi se myös vakuuttaa kuulijat puhujan antaman informaation oikeellisuudesta. (Helsingin yliopisto 2012.)

Päätimme havainnollistaa lähetysaihetta PowerPoint-esityksillä, jotta esitys tavoittaisi kohderyhmän paremmin. Suunnittelimme diat tukemaan puhetta ja rytmittämään aiheen käsittelyä. Kiinnitimme huomiota diojen selkeään ulkoasuun sekä helppolukuisuuteen. Käytimme vain avainsanoja, jotta tekstin fonttikoko

saatiin mahdollisimman suureksi. Selvensimme vierasperäisiä käsitteitä erillisellä sanastolla ja havainnollistimme yleisimpien syöpien esiintyvyyttä kaavioilla (liite 2; liite 4).

Tutkimussuunnitelmamme valmistui joulukuussa 2011, jonka jälkeen varsinainen tiedonkeruu ja lähetysmateriaalin kokoaminen alkoi. Tammikuussa 2012 alkoi valmistautuminen VIRTU-lähetysiin. Lähetysten toteutuksen yhtenä tärkeimmistä arvoista oli kohderyhmämme saama hyöty. Pyrimme luomaan lähetysiin välittömän ilmapiirin ja yritimme olla ottamatta luennoivaa roolia. Tavoitteena oli, että annettu tieto perustuu luotettaviin lähteisiin. Lähetysten toteutuksen tueksi laadimme käsikirjoitukset, joissa käytimme materiaalina hoitotieteellisiä julkaisuja ja syöpäjärjestöjen laatimia potilasoppaita. Nämä käsikirjoitukset on liitetty työhön mukaan luotettavuuden lisäämiseksi (liite 1; liite 3).

7.2.1 Lähetykset 1 ja 2

Ensimmäisen lähetyspäivän aiheena oli tietoa syövästä ja syövän oireista. Opinnäytetyömme ohjaaja Sari Asteljoki seurasi lähetystämme ja antoi välitöntä ja kannustavaa palautetta. Studioemäntä vastasi lähetysten tuottamisesta, tekniikan toiminnasta ja aikatauluista. Myös häneltä saatu palaute oli meille hyödyksi tulevien ohjelmien suunnittelussa.

Telkkien, eli yksinasuvien ryhmässä oli seitsemän osallistujaa. Tämä oli suurin osallistujamäärä lähetyksissämme ja he kaikki olivat mukana koko lähetysten ajan. Tiirojen lähetykseen osallistui neljä ihmistä. Kannustimme kaikkia osallistujia mukaan keskusteluun ja rohkaisimme heitä esittämään kysymyksiä tarpeen tullen.

Kartoitimme osallistujien kokemuksia syövästä, jolloin jokainen heistä sai tilaisuuden kertoa heti aluksi mahdollisista syövän vaikutuksista omaan elämäänsä. Puolella osallistujista oli omakohtaista kokemusta syövästä. Kaksi heistä oli sairastanut itse syövän ja usealla oli kokemuksia läheisen sairaudesta. Tämä tieto oli oleellisen tärkeä yksilöllisen huomioimisen kannalta lähetysten aikana ja

kiinnitimmekin huomiota osallistujien kykyyn käsitellä henkilökohtaista ja raskasta aihealuetta toisten keskuudessa.

Eräs aktiivisesti osallistunut omaishoitaja kertoi vaimonsa kahdesti voitetusta rintasyövästä. Vaimo herkistyi tästä siten, että puoliso päätti keskeyttää läheyyden nopeasti heidän osaltaan. Mielestämme tämä oli kahdeltakin kannalta harmillista. Lähetys oli tarkoitettu omaishoitajille ja siinä oli tarkoitus keskittyä juuri läheisten kokemuksiin ja antaa tilaisuus jakaa ajatuksiaan toisten omaishoitajien kanssa. Ikävää oli myös se, ettemme ehtineet reagoida tunteeseen tai toimimaan tilanteen korjaamiseksi. Keskustelimme lähetyksen jälkeen tapahtuneesta ja tulimme siihen tulokseen, ettemme olisi voineet estää tilannetta syntymästä.

Toinen omaishoitaja oli selviytynyt nuorella iällä levinneestä syövästä ja jakoi kokemuksiaan avoimesti. Raskaasta taakastaan huolimatta hänen asenteensa oli positiivinen ja valoisa. Tämän henkilön puheista välittyi toivon merkitys selviytymisen ja uudelleen suuntautumisen kannalta. Yhden osallistujan sisar oli kuollut edellisenä päivänä keuhkosityöpään, joten tunteet olivat luonnollisesti vielä pinnassa. Hänen kohdallaan vaikutti kuitenkin olevan tärkeää saada puhua asiasta. Saatuaan hieman etäisyyttä tilanteeseen, hän olisi saattanut hyötyä keskustelusta enemmän.

7.2.2 Lähetykset 3 ja 4

Toisen lähetyspäivän aiheena oli syöpäpotilaan elämänlaatu ja jaksaminen. Molemmissa lähetyksissä oli kolme osallistujaa. Yhden osallistujan läheinen oli sairastanut syövän, johon oli lopulta menehtynyt. Kaksi osallistujaa oli itse selviytynyt syövästä. Kannustimme kaikkia osallistumaan keskusteluun, mutta keitä emme siihen painostaneet. Osallistujat, joilla oli omakohtaisia kokemuksia syövästä, toivat ajatuksiaan aktiivisesti esille.

Lähetyksissä pohdimme syövän aiheuttamia seurauksia elämänlaatuun ja henkiseen hyvinvointiin. Lähetyksen aluksi käsitelimme syöpätautien yleisiä psyykkisiä oireita, sekä keinoja niistä selviytymiseen. Olimme ennalta selvittäneet,

mitä vertaistukea syöpäpotilaille ja heidän omaisilleen on tarjolla. Kerroimme myös muista erityisesti Naantalissa tarjottavista ikääntyneiden palveluista. Monet näistä palveluista olivat osallistujille ennestään tuttuja.

Tukipalveluita käyttäneiden osallistujien mukaan syöpäpotilaiden ja heidän läheistensä henkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen kiinnitetään nykyään aikaisempaa enemmän huomiota. Eräs osallistuja oli sairastanut syövän 40 vuotta sitten ja hänen kertomansa mukaan 1970-luvulla ei tukipalveluita ollut juuri saatavilla. Siihen aikaan syöpä oli sairaus, jota hävettiin, eikä siitä haluttu kertoa muille. Sairastunut jäi usein yksin, sillä tuolloin hoidettiin vain fyysistä sairautta, psyykkisen ja sosiaalisen toipumisen jäädessä taustalle.

Teknisiä ongelmia ilmeni jonkin verran äänen kuulumisen suhteen. Lisäksi kaksi osallistujaa kertoi, etteivät he olleet saaneet yhteyttä toisiinsa omalla ajallaan. Eräs osallistuja kertoi soittaneensa onnistuneesti VIRTU-laitteella toiselle osallistujalle. Tällä tavoin asiakkaat voivat pitää yllä sosiaalista elämää, vaikka välimatkat olisivatkin pitkiä.



Kuva 1. Opinnäytetyöryhmä VIRTU-lähetyksessä.

7.3 Toiminnallisen osuuden arviointi

Arvioinnin kohteena on työn idea, johon kuuluvat aihepiiri, ongelmien kuvaus, asetetut tavoitteet, tietoperusta sekä kohderyhmä. Arvioinnin tärkein osa on tavoitteiden saavuttaminen. Toiminnallisen opinnäytetyön tekemiseen ei ole ammattikorkeakoulussa vielä muodostunut traditioita. Olennaista on osoittaa teoreettisen tiedon yhdistyminen ammatilliseen käytäntöön. Kirjoittajien tulisi kyetä kriittiseen pohdintaan alan teorioiden ja niistä nousevien käsitteiden avulla sekä kehittää käytännön ratkaisuja ja oman alan ammattikulttuuria. Myös toiminnallinen opinnäytetyö edellyttää tekijöiltään tutkivaa asennetta, vaikka tarkoitus ei olisikaan tutkimuksellisen selvityksen toteuttaminen. Tämä tarkoittaa valintojen tarkastelua ja perustelua aihetta koskevaan tietoperustaan nojaten. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 41—43, 154—155, 158.)

Hyvään potilasohjaukseen kuuluu asiakkaan tarpeiden ja odotusten tunteminen. Pohjatiedot kohderyhmästämme olivat hyvin niukat, joten ohjaustilanne oli vaarassa jäädä etäiseksi ja luennoivaksi. Tavoitteenamme oli tuottaa asiakaslähdistä ohjelmaa ja koimme tämän yhdeksi suurimmista haasteista sekä suunnittelu- että toteutusvaiheessa. Emme myöskään tienneet osallistujien kokemuksista syöpätauteihin liittyen. Tästä syystä pyrimme puhumaan syöpätaudeista kaikkia osallistujia kiinnostavalla tasolla ja käsitteimme vain yleisimpiä syöpätauteja. Pitkäaikaisen sairauden, esimerkiksi syövän voittaminen edellyttää henkiseen hyvinvointiin panostamista. Halusimme korostaa vertaistuen sekä sosiaalisen kanssakäymisen merkitystä ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta. Lisäksi ajattelimme henkisen hyvinvoinnin kiinnostavan osallistujia, koska aihe on yleistettävissä myös muiden vakavien sairauksien toipumisprosesseihin.

Olemme tyytyväisiä lähetysaiheisiin, vaikka jouduimmekin valitsemaan ne jo työn varhaisessa vaiheessa. Tavoitteenamme oli valita sellaiset lähetysaiheet, jotka tukisivat mielenkiintoisten ja vuorovaikutuksellisten lähetysten toteuttamista. Kirjoittaessamme kirjallisuuskatsausta syövän oireista ja syöpädiagnoosin

aiheuttamista elämämuutoksista syventyivät tietomme lähetysten toteuttamisvaiheeseen verrattuna. Mitään lähetyksiin lisättävää ei kuitenkaan tullut esille.

VIRTU-lähetysten pieni osallistujamäärä on tärkeä näkökohta arvioitaessa toiminnallisen osuuden luotettavuutta. Havaintojen tekeminen voi olla jopa helpompaa, kun osallistujia on vähemmän, ja pienessä ryhmässä ohjaajan on helpompi tukea jokaisen osallistumista. Ohjaajalla on tärkeää olla sellaisia ominaisuuksia ja intuitiota, joiden avulla hän kykenee tulkitsemaan sanattomia viestejä, kuten ilmeitä ja ruumiinkieltä. Havainnointia ja tunnelman aistimista voi vaikeuttaa laitteen tuoma etäisyys. Myös puhujan äänenpainoa voi olla vaikea huomata. Vaikka ammattilainen olisi suunnitellut ja valmistautunut huolellisesti, lopullisen tunnelman luo ryhmän yhteinen dynamiikka. Ammatillisuutta on myös ymmärtää ja hyväksyä omat rajalliset mahdollisuudet ohjata kohderyhmää.

Varauduimme siihen, ettei lähetyksissä olisi yhtään osallistujaa tai ilmapiiri olisi passiivinen ja väkinäinen. Tästä syystä ilahduimme osallistujien innostuneisuudesta ja avoimesta ilmapiiristä. Heidän myönteiset ennakoasenteensa loivat meille mahdollisuuden onnistua toiminnassamme. Lähetyksissä ei esitetty kysymyksiä, joihin emme osanneet vastata. Tähän saattaa myös vaikuttaa osallistujien mahdollinen varovaisuus opiskelijoille esitettyjä kysymyksiä kohtaan. Ohjelmissamme keskustelu oli vilkasta ja tarvittaessa rohkaisimme osallistujia tasavertaiseen osallistumiseen. Lisäksi useampi ohjaaja pystyi havainnoimaan vuorovaikutuksen onnistumista ja ohjelman tunnelmaa. Jokaisen lähetysten dynamiikka ja ilmapiiri olivat myös erilaisia. Pohdimme yhdessä henkilökohtaisesti tehtyjä havaintojamme. Ajatuksemme lähetysten sisällöistä, niiden toteutumisesta sekä näiden tavoitteiden saavuttamisessa ovat hyvin yhtenevät opinnäytetyöryhmämme kesken. Kaiken kaikkiaan, lähetysten toteuttaminen oli mielekäs kokemus ja antoi hyvää harjoitusta potilasohjaus- ja vuorovaikutustaidoille.

Mielestämme saavutimme tavoitteemme, sillä lähetyksissämme oli ajoittain vilkastakin ajatusten vaihtoa ja tunnelma lähetysten aikana oli myönteinen. Meillä oli vain vähän aiempaa kokemusta ohjauksesta, jolloin tavoitteemme oli mitoitettu tämä seikka huomioiden. Saavutimme lähetyksille asettamamme tavoitteet

hyvin ja olimme lopputulokseen tyytyväisiä. Positiivinen kokemus etäohjauksesta lisäsi kiinnostusta tämän kaltaiseen työskentelyyn tulevaisuudessakin.

Yhtenä osatavoitteena oli kohderyhmän tiedon saanti syövän oireista ja syöpäpotilaan henkisestä hyvinvoinnista. Tämän tavoitteen toteutumista voimme arvioida vain subjektiivisesti, koska emme ole saaneet palautetta toiminnastamme. Lähetysmateriaalimme oli laaja ja se perustui luotettaviin lähteisiin, joten asiasältö täytti tavoitteemme. Tutkitun tiedon esittäminen kiinnostusta herättävästi ja asiakaslähtöisesti oli haastavaa. Mielestämme onnistuimme kuitenkin puhumaan vaikeasta ja monille henkilökohtaisesta aiheesta avoimesti, mutta hienotunteisesti.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimus on inhimillistä ja arvoperustaista toimintaa, jonka tavoitteena on löytää totuus tieteellisesti hyväksytyin menetelmin. Eettisten ratkaisujen merkitys on erityisen tärkeää, kun tutkimuskohteina ovat ihmiset sekä inhimillinen toiminta. Tutkimusetiikka tarkastelee sitä, miten tehdään eettisesti hyvä ja luotettava tutkimus. Tutkimusetiikkaa säätelevät monet kansainväliset normit ja julistukset sekä kansallinen lainsäädäntö. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 361–363.)

Tutkimusta tehtäessä on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä. Tutkijan vastuulla on tuntee yleisesti hyväksytyt tutkimuseettiset periaatteet ja toimittava niiden mukaan. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla aina ihmisarvon kunnioittaminen; ketään ei saa pakottaa tutkimukseen mukaan ilman suostumusta eikä valheellisin perustein. Epärehellisyyttä on vältettävä kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Plagiointi on kiellettyä; toisen tekstiä ei saa esittää omanaan. Tekstiä lainattaessa lähdemerkinnät on tehtävä oikein ja suora lainaus on ilmoitettava asianmukaisesti. Tuloksia ei saa väärentää, vaikka siihen olisi perusteltu syykin. Alkuperäisiä havaintoja ei tule muokata niin, että tulokset vääristyvät. Myös tutkimuksen puutteet on julkistettava. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–27.)

Hyvä tieteellinen käytäntö ohjaa tutkijan eettistä toimintaa. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan, että tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnistamia toimintatapoja, kuten rehellisyyttä ja huolellisuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä arvioinnissa. Tutkimuksessa tulee soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tulosten julkaisun tulee olla avointa sekä muiden tutkijoiden saavutuksia asianmukaisesti huomioivaa. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti. (Suomen Akatemia 2007; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 364; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Tutkimuseettisiä kysymyksiä nousee esiin työn eri vaiheissa. Tutkimusaiheen rajaamisen lähtökohtana tulisi olla, että tutkittava asia on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Mikäli tutkimus sisältyy johonkin isompaan tutkimushankkeeseen,

tulisi arvioida myös koko hankkeen eettisiä kriteereitä. Tutkimuksen tietolähteiden valinta vaikuttaa tutkimuksen eettiseen luotettavuuteen. Tutkimukseen osallistuvien oikeuksia kunnioitetaan ja heiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen tekijän tulee huomioida tutkimusluvan saamisen edellytykset tutkimusprosessin edetessä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 365–368.)

Terveiden edistämistä ohjaavat samat eettiset lähtökohdat kuin muutakin hoitotyötä. Eettinen peruskysymys on, millä oikeudella voidaan pyrkiä vaikuttamaan toisen ihmisen terveystilanteeseen ja terveyteen. Terveystietä koskevan tiedon tulee olla riittävän hyvin perusteltua, jotta asiakkaalle voidaan ehdottaa esimerkiksi elintapojen muutosta. Käytännön hoitotyössä tulee aina huolellisesti pohtia ohjauksen vaikutuksia asiakkaan elämään ja oleelliset seikat esitetään mahdollisimman ymmärrettävästi ja luotettavasti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 186–187.)

Hyvinvointiteknologian käytössä joudutaan tekemään eettisiä valintoja asiakkaan yksityisyyden, loukkaamattomuuden ja turvallisuuden välillä. Jotta tekniset sovellukset olisivat todella ikääntyneiden edun mukaisia, tarvitaan tilannekohtaista harkintaa ja suunnittelua. (Hägg ym. 2007, 190.) Etiikan näkökulmasta, ristiriitatilanteissa huomion keskipisteenä tulisi olla asiakas ja hänen tarpeidensa kuuleminen. Toisinaan myös omainen voi olla haavoittuvaisessa tilanteessa ja siksi myös hänen näkökulmansa huomioonottaminen on olennaista. (Topo 2007, 37.)

Hyvinvointiteknologian käyttö edellyttää eettistä pohdintaa myös asiakkaan tietoisesta suostumuksesta. Laitteet keräävät tietoa ihmisen yksityisestä elämästä omassa kodissaan. Tietävät laitteet ovat jatkuvassa yhteydessä asiakkaan kotiin eikä niiden toiminta edellytä erillistä yhteydenottoa. Seurantateknologioiden avulla kerätään tietoa henkilön terveydentilasta, avun tarpeesta, toiminnasta ja toimimattomuudesta. Etiikan näkökulmasta on kysyttävä, kuka tätä tietoa käyttää, miten sitä säilytetään ja miten se poistetaan. (Topo 2007, 38.)

Opinnäytetyössämme noudatetaan hyviä tieteellisiä toimintatapoja. Sitoudumme pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä esiin tulevat luottamukselliset tiedot. Opinnäytetyömme luotettavuuteen vaikuttaa materiaalina käytettyjen lähteiden korkea taso. Lähteemme ovat arvostetuissa hoitotyön ammattilehdissä julkaistuja tieteellisiä artikkeleita tai arvovaltaisten, valtakunnallisten terveys- ja sosiaalialan instituutioiden julkaisuja. Tavoitteena on, että aikaisemmin tutkittu hoitotieteellinen tieto pätee työssämme sekä se, että työssämme tehdyt havainnot ja päätelmät ovat yleistettäviä toisiin, vastaavanlaisiin tilanteisiin.

Noudatimme VIRTU-lähetyksissä lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Huomioimme keskustelussa toisten kuulijoiden läsnäolon, joten emme esittäneet osallistujille liian henkilökohtaisia kysymyksiä. Eettisenä tavoitteena oli yksityisyyden kunnioittaminen. Lähetyksissä ei voinut keskustella vain yhden asiakkaan kanssa kerrallaan, vaan kaikki läsnäolijat kuulivat keskustelut. Mielestämme toimintamme oli yksilöä arvostavaa, yhdenvertaisuutta kunnioittavaa sekä itsemääräämisoikeutta loukkaamatonta. Tekemiemme havaintojen luotettavuutta lisäsi tutkimuseettisten periaatteiden noudattaminen.

9 POHDINTA

Koti on tärkeimpiä asioita ihmisen hyvinvoinnin kannalta. Oma koti on useimmille ihmisille turvapaikka, jossa on tuttuja tavaroita, läheisiä ihmisiä ja muistoja. Ylivoimaisesti suurin osa ikääntyneistä ihmisistä haluaa jatkaa kotona asumista terveysongelmista huolimatta, jos siihen vain on mahdollisuus (Eerola ym. 2001, 55). Ikääntymisen myötä yhä useampi joutuu kuitenkin asumaan yksin; yli 85-vuotiaista melkein kaksi kolmannesta on yksinasuvia (Sisäasiainministeriö 2006, 32). Huonokuntoiselle ikääntyneelle, joka ei enää selviydy yksin kotona, voi koti merkitä myös turvattomuutta, pelkoja ja yksinäisyyttä. Yksinäisyyteen puuttuminen tukee selvästi ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia (Uotila 2011, 28). Teinosen ym. (2007) mukaan terveydenhuollossa tulisi kehittää sosiaalista eristäytyneisyyttä ehkäiseviä menetelmiä, etenkin niiden ikääntyneiden kohdalla, joiden kodin ulkopuolella liikkuminen on vaikeutunut esimerkiksi heikentyneen toimintakyvyn tai omaishoitajuuden takia. Hyvinvointiteknologian avulla voidaan edistää ikääntyneiden turvallisuutta (Lindahl ym. 2003, 26), itsenäisyyttä ja sosiaalisia kontakteja (Torp ym. 2008, 81).

Ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä tukevia teknologioita arvioitaessa on syytä ottaa huomioon pelko siitä, että teknologia ja tietotekniikka voivat johtaa sosiaalisten suhteiden ja kanssakäymisen vähenemiseen. Uotilan (2011) mukaan yksinäisyys lisää ikääntyneiden terveysongelmia ja tyytymättömyyttä elämään. Hyvinvointiteknologian alkuperäisenä tavoitteena ei ole korvata ihmissuhteita tai johtaa eristäytymiseen ja yksinäisyyteen (Ahtiainen & Auranne 2007, 18). Siksi on tärkeää kiinnittää erityistä huomiota siihen, ettei tekniikka eristä ikääntyneitä. Harreforsin ym. (2010) tutkimuksen mukaan ikääntyneet arvostavat hoidossa ihmiskontakteja, joita ei voi korvata teknologialla; läheisyys, kuulluksi tuleminen ja kosketus kuuluvat ihmisen perustarpeisiin. Hyvinvointiteknologia tarjoaa uusia vuorovaikutteisia viestintämahdollisuuksia hoitohenkilöstön ja potilaan välille, mutta ne eivät kuitenkaan voi korvata henkilökohtaisia kontakteja. (Eerola ym. 2001, 56.)

Syrjäseutujen palvelut ovat heikentyneet ja niiden saatavuus on vaikeutunut. Pitkät välimatkat ja julkisen liikenteen supistukset rajoittavat ikääntyneiden itsenäistä kodin ulkopuolella asioimista. (Routasalo ym. 2005, 156.) Mikäli kaukana haja-asutusalueella asuvalla ikääntyneellä on hoidon tarvetta myös iltaisin, öisin ja viikonloppuisin, on muutto taajamaan, lähemmäksi palveluja usein edessä (Sisäasiainministeriö 2006, 38). Hyvinvointiteknologia voi parantaa syrjäisillä alueilla, kuten saaristossa, terveyspalvelujen saavutettavuutta. Tällöin voidaan kaupunkien ja maaseudun välisiä terveyseroja kaventaa. (Singh ym. 2010, 985; Norman 2006, 773.) VIRTU-projektin tavoitteena on tukea saaristossa asuvien ikääntyneiden kotona asumista ja sosiaalista vuorovaikutusta, parantaa elämänlaatua ja lisätä turvallisuutta (Virtu-projekti 2011a.)

Perinteinen kotihoito voi olla passivoivaa, koska kotihoidon työntekijät eivät ehdi tukemaan ikääntyneen omia voimavaroja (Erkkilä 2010, 24). Hyvinvointiteknologia voi jopa parantaa ikääntyneen toimintakykyä, koska etäohjauksen avulla ikääntynyt saa mahdollisuuden suoriutua elämisen toiminnoistaan itsenäisesti (Taber-Doughty ym. 2010, 855). Tämä edellyttää kuitenkin, että hoitajalla on riittävästi aikaa asiakkaan ohjaamiseen. Terveystieteiden toimintastrategioita laativat päättäjät eivät aina välttämättä ole tietoisia teknologian käytön edellytyksistä vanhustyöntekijöiden ja ikääntyneiden arjessa. Strategioissa ja toimintasuunnitelmissa ei oteta huomioon työntekijöiden osaamista ja jaksamista. (Melkas ym. 2007, 60–61.)

Ennaltaehkäisyn merkitys korostuu ikääntyneiden määrän lisääntyessä ja taloudellisten resurssien vähetessä. Teknologian käyttöönotto tuo kunnille taloudellisia säästöjä, koska ikääntyneet selviytyvät kotona pidempään ja laitoshoidon tarve vähenee (Magnusson ym. 2004, 226). Nämä ovat juuri niitä seikkoja, joita tulevassa Vanhuspalvelulaissa tavoitellaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b). Hyvinvointiteknologia ei voi kuitenkaan täysin korvata perinteisiä kotikäyntejä, koska sen avulla on vaikeaa saada selkeää kokonaiskuvaa asiakkaan kokonaistilanteesta. Toisaalta kotihoidon työntekijät ovat huolestuneita juuri samasta ongelmasta perinteisten kotihoidonkäyntien osalta, kun äärimmillään venytettyjen resurssien takia asiakkaan luona vietetty aika on riittämätön (Erkki-

lä 2010, 24). Tehokkainta toiminnanvajausten ennaltaehkäisyä onkin perinteisten ja virtuaalisten kotikäyntien yhdistäminen (Torp ym. 2008, 83).

Hyvinvointiteknologia voi ikääntyneestä ihmisestä tuntua vieraalta ja pelottavalta, mikä voi aiheuttaa tekniikan käytön välttelyä (Lindahl ym. 2003, 26). Teknologian käyttöön liittyvät pelot liittyvät usein identiteetin ja yksilöllisyyden menettämisen uhkaan. Teknologia voi lisätä hoitotyön haavoittuvuutta ja estää luottamuksen kehittymistä hoitosuhteissa. (Harrefors ym. 2010, 1531.) Kehitystyötä tulisikin tehdä yhdessä asiakkaiden kanssa, jotta laitteet olisivat mahdollisimman käyttäjäystävällisiä (Magnusson ym. 2004, 229). Hyvinvointiteknologian sovelluksilla on paljon potentiaalia voimaannuttaa ikääntyneitä ja omaishoitajia selviytymään itsenäisesti kotona ja lisätä heidän hyvinvointiaan. Laitteiden suunnittelussa tulee kuitenkin ottaa huomioon helppokäyttöisyys, toiminta- ja huoltovarmuus, ikääntyneiden asenteet teknologiaa kohtaan sekä eettiset ongelmat. (Magnusson ym. 2004, 231.) Aikaisemmin laitteiden ja tietoliikenneyhteyksien korkeat kustannukset sekä tekniset puutteet ovat hidastaneet hyvinvointiteknologian hyödyntämistä. Viimeaikoina markkinoille on kuitenkin tullut halvempia ja helppokäyttöisempiä laitteita. (Ruskin ym. 2004, 1471.)

Lähtökohtana hyvinvointiteknologian kehitystyössä tulisi olla asiakkaan tarpeet ja yksityisyyden kunnioittaminen. Haastetta kehitystyöhön tuo myös yksilöllisyyden ja teknologian yhteensovittaminen. Hyvinvointiteknologian hyödyllisyyden arviointia vaikeuttaa se, että on vain vähän tutkimustietoa siitä, miten sen avulla voidaan tukea asiakkaan hyvinvointia ja elämänlaatua. (Topo 2007, 38–39.)

Mielestämme hyvinvointiteknologia soveltuisi hyvin syöpäkuntoutujien vertaistuen ja ryhmäohjauksen välineeksi. Hyvinvointiteknologian avulla toteutetun syöpäkuntoutujien tukiryhmätoiminnan todettiin Doorenbosin ym. (2010) tutkimuksessa olevan hyödyllinen menetelmä syrjäseuduilla asuvien potilaiden tukemisessa. Hyvinvointiteknologian käyttöä kannattaa harkita, jos ollaan suunnittelemassa vertaistukitoimintaa potilaille, jotka eivät muuten ole palveluiden tavoitettavissa. Befortin & Klempin (2011) tutkimuksen mukaan harvaan asutuilla alueilla voi olla vaikeaa järjestää neuvontapalveluita ja vertaistukea. Hyvinvointiteknologiaa voitaisiin tällöin hyödyntää terveystietopalvelujen vaihtoehtoisena muotona.

Uskomme VIRTU-projektista saatujen sosiaalisten kontaktien ja vertaistuen antavan uutta sisältöä omaishoitajien elämään. Omaishoitajat voivat kokea henkistä eristäytyneisyyttä ja yksinäisyyttä, koska sosiaalisten kontaktien ylläpito on hankaloitunut raskashoitaisesta kumppanista johtuen. On tärkeää kiinnittää huomiota omaishoitajien saamaan hyötyyn lähetyksistä. He eivät välttämättä pysty keskittymään lähetyksiin, jos samalla hoitavat omaistaan. Myös omien henkilökohtaisten, ehkä salattujenkin ajatusten jakaminen hoidettavan läsnä ollessa voi olla vaikeaa tai mahdotonta. Olisi ihanteellista, jos omaishoitajilla olisi mahdollisuus keskittyä lähetyksiin keskeytyksettä.

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin prosessin kannalta liian aikaisessa vaiheessa. Aikataulullisista rajoituksista johtuen keskityimme ennen lähetyksiä vain lähetyksmateriaalin kokoamiseen aikaisemman ammatillisen tietomme perusteella. Työn tietoperustaan tutustuminen pääsi käyntiin vasta lähetyksen jälkeen, jolloin siitä ei ollut toteutuksen kannalta enää hyötyä. Mikäli lähetyksen toteutus olisi ollut myöhemmässä vaiheessa, tietoperustamme kartuttua, olisi lähetyksistä saattanut muodostua laadukkaampia.

Opinnäytetyömme aihe tuntui aluksi haastavalta ja kokonaiskuvan muodostaminen toiminnallisen opinnäytetyön erityispiirteistä vei aikaa. Aiheen rajaaminen ja tutkimuskysymysten asettaminen olivat ratkaisevassa asemassa työn onnistumisen kannalta. Saamamme tiedot kohderyhmästä olivat vähäiset, joten osallistujien tarpeiden ja odotusten määrittely oli vaikeaa. Osallistujien saama hyöty hankkeesta oli kuitenkin työmme keskeisiä tavoitteita. Mikäli vastaavanlaisia opinnäytetöitä tehdään tulevaisuudessa, pitäisi kohderyhmän taustatiedot olla tarkemmin määriteltäviä. Olisi ollut mielenkiintoisempaa toteuttaa lähetyksiä juuri syöpäkuntoutujille ja arvioida lähetyksistämme onnistumista kohderyhmän saaman hyödyn kannalta. Kohderyhmältä saatu palaute lähetyksistämme onnistumisesta olisi edistänyt omaa oppimistamme sekä lisännyt työn luotettavuutta. Oletamme, että saavutimme opinnäytetyön tavoitteet, vaikka kohderyhmän mielipiteet eivät olleet tiedossamme.

Kokonaisuutta arvioitaessa, tavoitteidemme saavuttamiseen vaikuttivat onnistunut tiedonhaku, pitkäjänteinen kirjoitustyö sekä ryhmän jäsenten yhdessä sopi-

ma päämäärä. Työn haastavin osuus oli toiminnallisen osuuden ja kirjallisuuskatsauksen yhdistäminen hallituksi kokonaisuudeksi. VIRTU-projektiin osallistuminen on muokannut käsityksiämme terveyttä edistävän toiminnan moninaisuudesta ja hyvinvointiteknologian merkityksellisyydestä ennaltaehkäisevän terveydenhoidon kannalta. Tämän opinnäytetyön myötä olemme joutuneet pohtimaan omaa ammatillista osaamistamme ja arvoperustaamme tulevina hoitajina. Henkilökohtainen kiinnostuksemme ja arvostuksemme sairaanhoitajan työtä kohtaan on vahvistunut entisestään.

LÄHTEET

Ahtiainen, M. & Auranne, K. 2007. Hyvinvointiteknologian määrittely ja yleisesittely. Teoksessa: Siikanen, T. & Suhonen, L. 2007. (toim.) Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla - hyöty vai haitta? Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu, sarja C, osa 26. Tampere: Juvenes Print.

Barsevick, A.M. 2007. The Elusive Concept of the Symptom Cluster. *Oncology Nursing Forum* 34(5), 971–978.

Befort, C. & Klemp, J. 2011. Sequelae of Breast Cancer and the Influence of Menopausal Status at Diagnosis among Rural Breast Cancer Survivors. *Journal of Women's Health* 20 (9), 1307–1313.

Bennett, J.; Cameron, L.; Brown, P.; Whitehead, L.; Porter, D.; Ottaway-Parkes, T. & Robinson, E. 2010. Time Since Diagnosis as a Predictor of Symptoms, Depression, Cognition, Social Concerns, Perceived Benefits, and Overall Health in Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum* 37 (3), 331–338.

Cattan, M.; White, M.; Bond, J. & Learmouth, A. 2005: Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Aging & Society* 25 (1), 41–67.

Chi, G.C. 2007. The role of hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, Vol 34 (2), 415–424.

Dal Maso, L.; Zucchetto, A.; Talamini, R.; Serraino, D.; Stocco, C. F.; Vercelli, M.; Falcini, F. & Franceschi, S. 2008. Effect of obesity and other lifestyle factors on mortality in women with breast cancer. *Int. Journal of Cancer* 123, 2188–2194.

Department of Health 2005. Building Telecare in England. Department of Health, Older People and Disability Division. Gateway Ref: 5217. London: Older People and Disability Division.

Doorenbos, A. Z.; Eaton, L. H.; Haozous, E.; Towle, C.; Revels, L. & Buchwald, D. 2010. Satisfaction With Telehealth for Cancer Support Groups in Rural American Indian and Alaska Native Communities. *Clinical Journal of Oncology Nursing* Vol 14 (6), 765–770.

Doughty, K.; Monk, A.; Bayliss, C.; Brown, S.; Dewsbury, L.; Dunk, B.; Gallagher, V.; Grafham, K.; Jones, M.; Lowe, C.; McAlister, L.; McSorley, K.; Mills, P.; Skidmore, C.; Stewart, A.; Taylor, B. & Ward, D. 2007. Telecare, telehealth and assistive technologies – do we know what we're talking about? *Journal of Assistive Technologies* Vol 1(2). http://www.telecareaware.com/otherpages/jat1-2debate_article.pdf.

Eerola, A.; Kivisaari, S.; Eela, R. & Rask, M. 2001. Ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukeva teknologia. Internet-pohjaisten omahoidon tukijärjestelmien arviointi. Eduskunnan kanslian julkaisu 5/2001. Helsinki: Edita.

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Tammi.

Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Eriksson, K.; Isola, A.; Kyngäs, H.; Leino-Kilpi, H.; Lindstöm, U.; Paavilainen, E.; Pietilä, A.; Salanterä, S.; Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. Hoitotiede. Helsinki: Sanoma-pro Oy.

ETENE 2008. Terveiden edistäminen ja etiikka. Teoksessa terveyden edistämisen eettiset haasteet. ETENE julkaisu 19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino oy.

Hage, A. M. & Lorensen, M. 2005. A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. *Nursing Philosophy* 6, 235–246.

Harrefors, C.; Axelsson, K. & Savenstedt, S. 2010. Using assistive technology services at differing levels of care: healthy older couples' perceptions. *Journal of Advanced Nursing* 66(7), 1523–1532.

Heidrich, S.; Egan, J.; Hengudomsb, P. & Randolph, S. 2006. Symptoms, Symptom Beliefs, and Quality of Life of Older Breast Cancer Survivors: A Comparative Study. *Oncology Nursing Forum* 33 (2), 315–322.

Helsingin yliopisto 2012. Kielijelppi. Viitattu 19.4.2012.
<http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/havainnollistaminen>

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Holmia, S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Holtzlander, L. & McMillan, S. 2011. Depressive Symptoms, Grief, and Complicated Grief Among Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer Three Months Into Bereavement. *Oncology Nursing Forum*, 38 (1), 60–65.

Hägg, T.; Rantio, M.; Suikki, P.; Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. *Hoitotyö kotona*. Helsinki: WSOY.

Idman, I. 2009. Syöpäpotilaan psykososiaalinen tukeminen. Viitattu 2.10.2011.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti>

Joensuu, H.; Leidenius, M.; Huovinen, R.; von Smitten, K. & Blomqvist, C. 2007. Rintasyöpä. Teoksessa Joensuu, H.; Roberts, P.; Lyly, T. & Tenhunen, M. (toim.). *Syöpätaudit*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Juntunen, K. & Salminen, A.-L. 2011. Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita* 78/2011. Helsinki: Kela.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

Kellokumpu-Lehtinen, P.; Joensuu, T. & Ruutu, M. 2007. Eturauhasen syöpä. Teoksessa Joensuu, H.; Roberts, P.; Lyly, T. & Tenhunen, M. (toim.). *Syöpätaudit*. Toim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kivelä, S.-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 2006:30. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus.

Kouri, M., Ojala, A. & Tenhunen, M. 2007. Sädehoito. Toim. Joensuu, H.; Roberts, P.; Lyly, T. & Tenhunen, M. 2007. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kuusi, O. 2001. Ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä tukeva tulevaisuuspolitiikka ja geronteknologia. Tulevaisuusvaliokunta, Teknologian arviointeja 9, Geronteknologia-arvioinnin loppuraportti 7/2001. Helsinki: Eduskunta.

Kvåle, K. & Bondevik, M. 2008. What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scand Journal of Caring Sciences* 22, 582–589.

Kvåle, K. & Bondevik, M. 2010. Patients' Perceptions of the Importance of Nurses' Knowledge about Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care. *Oncology Nursing Forum* Vol. 37, No. 4, 436–442.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Toivo hoitotyössä ja hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena. Tutkiva hoitotyö Vol. 5, 4/2007, 4–8.

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lehto-Järnstedt, U.-S.; Kellokumpu-Lehtinen, P. & Ojanen, M. 2002. Syöpäpotilaan kokema tuki ja psyykkinen stressinhallinta. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 118, 1457–1465.

Leidenius, M.; Tasmuth, T.; Jahkola, T.; Saarto, T.; Utriainen, M.; Vaalavirta, L.; Tiitinen, A. & Idman, I. 2010. Rintasyövän hoidon aiheuttama pitkäaikainen sairastavuus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126(10), 1217–25.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lindahl, B.; Sandman, P.-O. & Rasmussen, B. 2003. Meanings of living at home on a ventilator. Nursing Inquiry 10(1), 19–27.

Liu, Y.; Xi, Q.; Xia, S.; Zhuang, L.; Zheng, W. & Yu, S. 2011. Association between symptoms and their severity with survival time in hospitalized patients with far advanced cancer. Palliative Medicine 25(7), 682–690.

Lounais-Suomen syöpäyhdistys 2012a. Vertaisryhmästä tukea arjessa selviytymiseen. Viitattu 13.4.2012. <http://lssy.fi/potilaille-laheisille/vertaisryhmat>.

Lounais-Suomen syöpäyhdistys 2012b. Kuntoutus. Viitattu 13.4.2012. <http://lssy.fi/potilaille-laheisille/kuntoutus>.

Lounais-Suomen syöpäyhdistys 2012c. Rintasyöpäpotilaiden keskusteluryhmät. Viitattu 13.4.2012. <http://lssy.fi/potilaille-laheisille/vertaisryhmat/rintasyopapotilaat>.

Lounais-Suomen syöpäyhdistys 2012d. Etuset. Viitattu 13.4.2012. <http://lssy.fi/potilaille-laheisille/vertaisryhmat/eturauhassyopapotilaat>.

Lounais-Suomen syöpäyhdistys 2012e. Ensietokurssit. Viitattu 13.4.2012. <http://lssy.fi/potilaille-laheisille/kun-sairastut/ensietokurssit>.

Magnusson, L.; Hanson, E. & Borg, M. 2004. A literature review study of Information and Communication Technology as a support for frail older people living at home and their family carers. Technology and Disability 16, 223–235.

Magnusson, L. & Hanson, E. 2005. Supporting frail older people and their family carers at home using information and communication technology: cost analysis. Journal of Advanced Nursing, 51(6), 645–57.

Mattila, E.; Kaunonen, M.; Aalto, P. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Syöpäpotilaan ja perheenjäsenen tukeminen sairaalassa: tuen tarpeen tunnistaminen ja tukemisen tavoitteet. Tutkiva Hoitotyö Vol.8, 2/2010, 31–37.

Melkas, H.; Raappana, A.; Rauma, M. & Toikkanen, T. 2007. Teknologian käytön sudenkuopat sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa. Teoksessa: Siikanen, T. Suhonen, L. (toim.). Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla - hyöty vai haitta? Lahden am-mattikorkeakoulun julkaisu, sarja C, osa 26. Tampere: Juvenes Print.

- Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Akateeminen väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Morland, L.A.; Greene, C.J.; Grubbs, K.; Kloeze, K.; Mackintosh, M.-A.; Rosen, G. & Frueh, B.C. 2011. Therapist adherence to manualized cognitive-behavioral therapy for anger management delivered to veterans with PTSD via videoconferencing. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 67(6), 629–638.
- Naantalin kaupunki, 2010. Tulevaisuuden Naantali - valtuustokauden 2009 – 2012 strategia. Strategia-asiakirjat. Viitattu 26.10.2011
http://www.naantali.fi/Kuntainfo/strategiat/fi_FI/tulevaisuuden_naantali.
- Niemi, T.; Nielosvuori, L. & Viirikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.
- Norman, S. 2006. The use of telemedicine in psychiatry. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, Vol. 13(6), 771–777.
- Nurminen, R.; Salakari, M.; Lämsä, P. & Kemppainen, T. 2011. Syöpäsairaiden ja heidän läheistensä kuntoutuksen tuloksellisuus. Teoksessa Nurminen, R. & Ojala, K. (toim.). Tuloksellisuus syöpäsairaiden kuntoutuksessa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Peltonen, H. 2004. Kasvattajana sosiaali- ja terveysalan ammattiteissa. Tampere: Tammi.
- Pukkala, E.; Sankila, R. & Rautalahti, M. Syöpä Suomessa 2011. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 82. Helsinki: Suomen Syöpäyhdistys.
- Rehnsfeldt, A. & Arman, M. 2008. A pilgrimage on the road to understanding of life in experiences of cancer and burnout syndrome. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 275-283.
- Riikola, T. & Huovinen, R. 2010. Rintasyövän toteaminen. Käyvän hoidon potilasversiot. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 12.4.2012
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/naytaartikkeli/tunnus/khp00026>.
- Rintasyöpä (hoito ja seuranta). Käypä hoito-suositus 2007. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Rintasyöpäryhmä ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2007. Viitattu 1.2.2012. www.kaypahoito.fi Etusivu -> Suositukset -> Syöpätaudit.
- Rintasyöpä (diagnostiikka ja seulonta). Käypä hoito-suositus 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Rintasyöpäryhmä ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009. Viitattu 1.2.2012. www.kaypahoito.fi Etusivu -> Suositukset -> Syöpätaudit.
- Roberts, P.J. & Joensuu, H. 2007. Kliininen diagnostiikka ja levinneisyysluokittelu. Teoksessa Joensuu, H.; Roberts, P.; Lyly, T. & Tenhunen, M. (toim.). Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Routasalo, P.; Tilvis, R.; Savikko, N. & Pitkälä, K. 2005. Ikääntyneet suomalaiset maaseudulla ja kaupungissa. *Hoitotiede* Vol. 17, no 3, 156–163.
- Rouvinen-Wilenius, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2010. Vastine rahalle – kannanottoja terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuuteen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 7/2010. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Ruskin, P.E.; Silver-Ailaian, M.; Kling, M.A.; Reed, S.A.; Bradham, D.D. & Hebel, J.R. 2004. Treatment outcomes in depression: Comparison of remote treatment through telepsychiatry to in-person treatment. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1471–1476.
- Salminen, E. & Salmenoja, H. 2007. Tunnistammeko syöpäkipupotilaan oirekirjon? *Duodecim* 123 (7), 825–828.

Sankila, R.; Teppo, L. & Vainio, H. 2007. Syövän yleisyys, syyt ja ehkäisy. Teoksessa Joensuu, H.; Roberts, P.; Lyly, T. & Tenhunen, M. (toim.). Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Singh, R.; Mathiassen, L.; Stachura, M.E. & Astapova, E.V. 2010. Sustainable Rural Telehealth Innovation: A Public Health Case Study. Health Services Research, Vol. 45 (4), 985–1004.

Sisäasiainministeriö 2006. Ikääntyvän väestön palvelut syrjäseuduilla. Sisäasiainministeriön julkaisu 55/2006. Helsinki: Sisäasiainministeriö.

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. Helsinki: Edita.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 4. Helsinki: Edita.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä - Ikäneuvo-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:24. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a. Iäkkäiden henkilöiden sosiaalipalvelujen saantia helpotetaan ja nopeutetaan. Tiedote 66/2012. Viitattu 19.4.2012. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1794724#fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Ohjausryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiot 2012: x. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

SOTKANet 2011. Tilasto – ja indikaattoripankki SOTKANet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.3.2012. <http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/5A1/111/3/3A/0/>

Suomen akatemia 2007. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 2.5.2012. <http://www.aka.fi/fi/A/Tutkijalle/Rahoituksen-kaytto/Eettiset-ohjeet/1-Hyva-tieteellinen-kaytanto/>

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731

Suomen Syöpäpotilaat 2011a. Selviytyjän matkaopas. 6. painos. Helsinki: Redfina.

Suomen Syöpäpotilaat 2012. Selviytymisen tuki. Viitattu 13.4.2012. <http://www.syopapotilaat.fi/selviytymisentuki.php>

Suomen Syöpärekisteri 2011. Uusien syöpätapauksien määrät keskimäärin vuosina 2005–2009 primaari-paikoittain ja iän mukaan, NAISSET. Viitattu 27.1.2012. [www.syoparekisteri.fi](http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0008i0.html)

Suomen Syöpärekisteri 2012a. Yleisimmät syövät vuonna 2010, MIEHET. Viitattu 2.2.2012. www.syoparekisteri.fi

Suomen Syöpärekisteri 2012b. Yleisimmät syövät vuonna 2010, NAISET. viitattu 2.2.2012. www.syoparekisteri.fi

Syöpäjärjestöt 2005. Eturauhasen syövän hoito. Viitattu 12.4.2012. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/eturauhanen/hoito>.

Syöpäjärjestöt 2009. Eturauhasensyöpä. Viitattu 12.4.2012. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/eturauhanen>.

Syöpäjärjestöt 2010a. Syövän oireet. Viitattu 10.12.2011. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/oireet/>

Syöpäjärjestöt 2010b. Rintasyöpä. Viitattu 11.4.2012. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa>.

Taber-Doughty, T.; Shurr, J.; Brewer, J. & Kubik, S. 2010. Standard care and telecare services: comparing the effectiveness of two service systems with consumers with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol 54 (9), 843–859.

Teinonen, T.; Isoaho, R. & Kivelä, S.-L. 2007. Vanhusten sosiaalinen osallistuminen ja elinajan ennuste. *Suomen Lääkärilehti* vol. 62 (14–15), 1493–1498.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2010. Tilastoraportti 26/2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Topo, Päivi 2007. Hyvinvointitekniologiaa iäkkäille käyttäjille – eettisiä pohdintoja. Teoksessa: Siikanen, T. Suhonen, L. 2007. (toim.). Hyvinvointitekniologia sosiaali- ja terveysalalla - hyöty vai haitta? Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu, sarja C, osa 26. Tampere: Juvenes Print.

Torp, S.; Hanson, E.; Hauge, S.; Ulstein, I. & Magnusson, L. 2008. A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway. *Health & Social Care in the Community*, 16(1), 75–85.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 10.12.2011. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf.

Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino oy.

Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2002. Omaiset tukena arjen areenoilla - Opas laatuun. Teoksessa Voutilainen, P.; Vaarama, M.; Backman, K.; Paasivaara, L.; Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U.H. (toim.). Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Stakes oppaita 49. Saarijärvi: Stakes.

Valtiovarainministeriö 2012. Elinvoimainen kunta- ja palvelurakenne, osa I Selvitysosa. Valtiovarainministeriön julkaisuja 5a/2012. Helsinki: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Vertio, H. 2003. Terveiden edistäminen. Helsinki: Tammi.

Vilen, M.; Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

VIRTU-projekti 2011a. Mikä Virtu on? Viitattu 3.10.2011. http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=33

VIRTU-projekti 2011b. Tekniikka. 1.4.2012. http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=27

VIRTU-projekti 2011c. Yleistä. Viitattu 16.4.2012. http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=25

Voutilainen, P. & Heinola, R. 2006. Teoksessa Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino.

Voutilainen, P.; Kattainen, E. & Heinola, R. 2007. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. WSOY, Helsinki.

Vänskä, K.; Laitinen-Väänänen, S.; Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus?. Helsinki: Edita Prima.

World Health Organization 2006. 10 facts about cancer. Viitattu 29.1.2012. <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/en/index.html>

World Health Organization 2009. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. Viitattu 1.4.2012. http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf

World Health Organization 2012. WHO definition of palliative care. Viitattu 29.1.2012 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.

Lähetys 1.

Tietoa syövästä ja oireista 13.2.2012

Esittäytyminen ja vapaamuotoista keskustelua

Kerromme osallistujille valmistelemastamme lähetyksestä ja sen aiheesta. Kannustamme heitä osallistumaan aktiivisesti, kertomaan omia kokemuksiaan sekä keskeyttämään meitä rohkeasti.

Mitä syöpä on?

Aluksi pohdimme, mitä syöpä on? Kysymme omakohtaisista kokemuksista.

Liitämme lähetykseen PowerPoint-esityksen, jonka avulla havainnollistamme antamaamme tietoa. Kerromme syövän yleisyydestä ja siitä, että se koskettaa lähes jokaisen elämää jossain vaiheessa.

Joka kolmas suomalainen sairastuu jossakin elämänsä vaiheessa syöpään. Sairastumisvaara suurenee iän mukana. (Pukkala ym. 2011, 11.)

Vuosittain syöpään sairastuu noin 24 000 ihmistä, joista puolet paranee. Kasvu selittyy osittain myös lisääntyneillä seulontatutkimuksilla. (Syöpäjärjestöt 2010a.)

Syöpä on yhteisnimitys kaikille pahalaatuisille kasvaimille. Se saa alkunsa yhdestä solusta joka muuttuu pahalaatuisiksi ja alkaa jakautua muodostamalla uusia samanlaisia soluja. Vähitellen solukosta muodostuu kyhmy jota kutsutaan tuumoriksi. Syöpä on vuosia kestävä tapahtumasarja ja voi kestää jopa yli 10 vuotta, ennen kuin kasvain näkyy röntgenkuvassa tai on käsin tunnettavissa. Miksi terve solu muuttuu pahanlaatuisiksi? Tämä on suuri haaste lääketieteelle edelleenkin. (Holmia ym.2008,93; Suomen syöpäpotilaat 2011a, 16.)

Mikäli syöpä muodostaa etäpesäkkeitä muualle elimistöön, leviäminen tapahtuu imunestekierron kautta. Imuteiden ensimmäinen solmuke paikannetaan merkkiaineella ja poistetaan sekä tutkitaan mikroskooppisesti. Leviämistä tapahtuu myös valtimo- ja laskimokierron kautta. Etäpesäkkeiden löytäminen heikentää syövän ennustetta huomattavasti. Aina syöpäsolut eivät muodosta kasvainta. Esimerkiksi leukemia on verisoluja muodostavien kudosten syöpäsairaus. (Holmia ym. 2008, 93; Suomen syöpäpotilaat 2011a, 16.)

Tässä vaiheessa esittelemme 3 sivullista syöpäsanastoa PowerPoint-esityksen avulla

Riskitekijöitä

- Tupakka (pahin syövän riskitekijä, 22 % syöpäkuolemista)
- Ikääntyminen (60-v -> riski kasvaa)
- Säteily (aurion UV, röntgensäteet, ydinsäteily)
- Virukset, esim. HPV (papilloomavirus) ja hepatiitti
- Alkoholi
- Epäterveellinen ruokavalio
- Vähäinen liikunta
- Perinnöllisyys (Pukkala ym. 2011, 10-23.)

Syövän oireet

Alkuvaiheessa ei yleensä ilmene lainkaan oireita tai ne voivat muistuttaa muiden sairauksien oireita.

Syöpäkasvaimen suurentuminen voi kestää vuosia, joten alkuvaiheessa sitä ei löydy tunnustelemalla. On kuitenkin olemassa muutamia yleisiä oireita, jotka voivat olla merkkejä syövästä:

- kyhmyt ja haavaumat, jotka eivät parane

- luomi muuttaa kokoa tai väriä
- uudet ihomuutokset tai ihovauriot, jota ei aiemmin ole ollut ja joka kasvaa
- selittämätön verenvuoto
- kurkun jatkuva käheys
- ulostamisen ja virtsaamisen muutokset
- painon selittämätön laskeminen (Syöpäjärjestöt 2010d.)

Mitkä ovat yleisimmät syöpämuodot?

Miesten yleisimmät syöpämuodot 2010: eturauhanen 31.6 %, keuhko ja henkitorvi 10.8 %, paksusuoli 5,5 %, iho 5,3 %.

Rakko 4,7 %, non-hodgkin-lymfooma 4,3 %, ihomelanooma 4,0 %, peräsuoli 3,9 %, munuainen 3,6 %, haima 3,3 %, keskushermosto 2,9 %, maha 2,4 %, leukemia 2,2 %, maksa 1,9 %, myelooma 1,3 %, ruokatorvi 1,3 %, kives 0,8 %, kurkunpää 0,7 %, nielu 0,7 % (Suomen Syöpärekisteri 2012a).

Eturauhasen syöpä

Eturauhasen syöpä on tällä hetkellä suomen yleisin syöpä ja miesten yleisin syöpätauti. Esiintyy pääasiallisesti yli 70-vuotiailla miehillä, mutta riski sairastumiseen lisääntyy 50 ikävuoden jälkeen. (Syöpäjärjestöt 2005.)

Riskit

- perinnöllinen taipumus
- runsas rasvan käyttö
- ylipaino
- tupakointi
- beetakaroteenin liikasaanti
- D-vitamiinin puute (Lukkarinen ym. 2004).

Oireita

Eturauhassyöpä on pitkään oireeton. Oireita antava eturauhassyöpä on käytännössä aina levinnyt. Jos oireita ilmenee, ne ovat samanlaisia kuin hyvänlaatuisessa eturauhasen liikakasvussa:

- virtsaamisvaivat
- verivirtsaisuus
- virtsatietulehdus
- selkäkipu
- luustokipu
- outo luunmurtuma

Ensimmäinen oire voi olla etäpesäkkeistä johtuva luustokipu tai epätyypillisellä tavalla syntynyt luunmurtuma. (Syöpäjärjestöt 2005.)

Tutkimukset

Eturauhanen tunnustellaan huolellisesti peräaukon kautta. Jos tutkimuksessa löytyy kyhmy, se ei läheskään aina merkitse syöpää. (Lukkarinen ym. 2004.)

Lisäksi verestä määritetään PSA, eturauhasen tuottama antigeeni (norm.4mikrog./l). Jos sen pitoisuus veressä on kasvanut tiettyyn määrään, herää epäily eturauhassyövästä. (Lukkarinen ym. 2004.)

- Potilaan oireet, tutkimuksen tulos ja PSA määrittävät jatkotutkimuksen tarpeen.
- Urologi ottaa koepalan, jonka perusteella tehdään diagnoosi.

- Levinneisyyttä tutkitaan luuston ja imusolmukkeiden kuvauksella. (Lukkarinen ym. 2004.)

Hoidot

Leikkaushoito

Eturauhasen syöpä hoidetaan usein poistoleikkauksella, etenkin alle 70-vuotiailla, jotka ovat hyväkuntoisia ja syöpä on paikallinen. Leikkauksen jälkeen uusiutuminen on harvinaisempaa kuin sädehoidon jälkeen. Leikkaus aiheuttaa kuitenkin impotenssia, virtsanpidätyskyvyttömyyttä sekä osalla tiheävirtsausta. (Syöpäjärjestöt 2005.)

Sädehoito

Sädehoidossa käytetään suurienergistä, ionisoivaa säteilyä, jonka avulla kutistetaan kasvaimia ja tapeetaan syöpäsoluja. Hoito kohdistetaan niin, että suurin haluttu sädeannos tulee eturauhasen alueelle. (Syöpäjärjestöt 2005.)

Brakyterapia eli sisäinen sädehoito sopii potilaalle, jonka syöpä on paikallinen ja hyväennusteinen ja jonka yleiskunto on hyvä. Potilaaseen asetetaan pieniä riisin kokoisia jyviä, joiden sädevaikutus ympäristöön on pieni. Kahden kuukauden ajan potilaan pitäisi välttää raskaana olevien vieressä istumista ja pienten lasten sylissä pitämistä. Hoitomuodon haittavaikutuksina ovat virtsaamisvaivat, kuten tihentynyt virtsaamisen tarve, hidastunut virtsantulo ja paikallinen pakotuksen tunne. Joskus voi esiintyä myös peräsuolen lievää ärsytystä. (Syöpäjärjestöt 2005.)

Hormonihoito

Hormonihoitoa käytetään, kun syöpä on levinnyt tai aikaisempi syöpä on uusiutunut. Mieshormoni eli testosteroni suurentaa eturauhassyövän kasvua. Estämällä tämän hormonin vaikutus, syövän etenemistä voidaan hidastaa. (Syöpäjärjestöt 2005.)

Kiveksistä erittyy 90 % mieshormoneista, joten kivesten poisto tehdään myös joissakin tapauksissa. Toimenpide on teknisesti helppo, mutta voi olla potilaalle henkisesti raskasta. (Syöpäjärjestöt 2005.)

Kivesten poisto ja hormonihoito aiheuttavat seksuaalisuuden laskua, impotenssia, kuumia aaltoja ja mielialan vaihteluita. Lievistä masennuslääkkeistä löytyy usein näihin vaikeuksiin apu. Hormonihoito voi myös aiheuttaa kivuliasta rintojen kasvua eli gynekomastiaa. Tämä on hoidettavissa pienellä sädehoitoannoksella ennen lääkityksen aloittamista. Osteoporoosiriski lisääntyy hormonihoitoajan aikana. (Syöpäjärjestöt 2005.)

Estrogeenia on käytetty paljon eturauhasen syövän hoitona. Haittavaikutuksena on veritulppariski ja naisistuminen, eli parrankasvu loppuu ja rinnat kasvavat. Tähänkin käytetään rintoihin kohdistuvaa pientä sädehoitoa estona. (Syöpäjärjestöt 2005.)

Eturauhassyöpään sairastuneista 93 prosenttia on ennustettavasti elossa viisi vuotta sairastumisen jälkeen (Syöpärekisteri 2010). Tämä luku sisältää PSA-seulonalla löytyneet hyvänlaatuiset syöpätapaukset, jotka eivät johda kuolemaan, vaan potilaat kuolevat todennäköisesti muihin sairauksiin (Pukkala ym. 2011, 60).

Kyseenalainen seulonta

Tähän asti ei ole pystytty osoittamaan, että eturauhassyövän seulonta pidentäisi elinikää. Oireettomien henkilöiden seulontoja ei voida suosittaa, koska sillä tavalla löytyneistä syöivistä vain pieni osa myöhemmin kasvaisi ja aiheuttaisi oireita. Suurin osa seulonnassa kiinni jääneistä saisi näin hoitoa ja hoidon haittoja turhaan. Oireista kärsiville miehille eturauhasen tunnustelu ja PSA-tutkimus ovat kuitenkin tarpeen. (Lukkarinen ym. 2004.)

Naisten yleisimmät syöpämuodot 2010: rinta 32.1 %, paksusuoli 6.3 %, kohdunrunko 5.5 %, keuhkot 5.1 %

iho 4,9 %, ihomelanooma 4,4 %, keskushermosto 4,2 %, non-hodgkinin-lymfooma 4,1 %, haima 3,5 %, munasarjat 3,2 %, munuainen 2,8 %, peräsuoli 2,8 %, kilpirauhanen 2,1 %, leukemia 1,9 %, maha 1,8 %, rakko 1,4 %, myelooma 1,4 %, maksa 1,1 %, sappi 1,0 %, kohdunkaula 0,9 %, sidekudokset 0,7 %. (Suomen Syöpärekisteri 2012.)

Rintasyöpä

Naisten yleisin syöpä on rintasyöpä, johon noin joka kymmenes nainen sairastuu elämänsä aikana. Vuosittain Suomessa todetaan yli 4000 rintasyöpätapausta. (Riikola & Huovinen 2010.)

Rintasyöpä etenee hitaasti ja sen todennäköisyys lisääntyy jyrkästi ikävuosien 35–50 välillä. Sen syitä ei tunneta, mutta ne liittyvät kuitenkin hormonitasapainoon. Perintötekijöillä on todettu olevan osuutta n. 30 %:ssa rintasyövistä. (Riikola & Huovinen 2010.)

Tärkeää on rintojen omatoiminen tutkiminen ja syövän varhainen toteaminen mammografialla. Rintasyövän uusiutumiskäsitä voidaan pienentää lähes 60 % munasarjojen poistolla. (Riikola & Huovinen 2010.)

Riskitekijät

- kehittyä useiden eri tekijöiden yhteisvaikutuksesta
- lapsettomuus tai ensimmäinen synnytys yli 30-vuotiaana
- pitkäaikainen vaihdevuosisoireiden hormonikorvaushoito
- ylipaino
- runsas alkoholinkäyttö
- oireet
- kova ja aritamaton kyhmy rinnassa
- kipu
- rinnan kuumotus tai punoitus
- ihon vetäytyminen kuopalle
- nännistä erittyvä kirkas tai verinen neste
- kyhmy kainalossa
- ihottuma (Riikola & Huovinen 2010).

Kyhmy tai muiden oireiden taustalla saattaa olla vaaraton, nesteen täyttämä kysta. Hyvin harvoin rintasyöpä todetaan etäispesäkkeistä. Tällöin oireina voi olla kyhmyjä kainalossa, kipuja ja hengitysvaikeuksia. (Riikola & Huovinen 2010.)

Tutkimukset

Rinnasta löytyviä muutoksia selvitetään kolmivaiheisesti:

- Inspektio, eli silmäääräinen tarkastelu ja palpaatio, eli rintojen ja kainaloiden tunnistelu käsin
- Mammografia ja ultraäänitutkimus, tarvittaessa rintojen magneettikuvaus
- Koepala (Riikola & Huovinen 2010).

Lääkäri tutkii rinnan ja tehdään mammografia, jonka avulla todetaan suurin osa rintasyövistä. Eritteen syy selvitetään ruiskuttamalla varjoainetta maitotiehyeseen, joka paljastaa mahdollisen maitotiehyt-kasvaimen. Tarvittaessa voidaan tehdä myös ultraääni. Tutkimusten yhteydessä otetaan kyhmystä ohut- tai paksuneulanäyte, jolloin saadaan kudospala tutkittavaksi. (Riikola & Huovinen 2010.)

Jos kyhmy on hyvänlaatuinen, naisen tulee käydä lääkärin tutkimuksissa ja mammografiassa 1-2 vuoden välein, sillä hyvänlaatuiset kyhmyt voivat muuttua pahanlaatuisiksi (Riikola & Huovinen 2010).

Seulonta

Lakisääteinen mammografiaseulonta kahden vuoden välein on kohdennettu Suomessa 50–69-vuotiaisiin naisiin. Muunikäiset naiset löytävät rintasyövän useimmiten itse. (Riikola & Huovinen 2010.)

Mammografiaseulonnan tarkoitus on havaita rintasyöpä varhaisvaiheessaan, aikaisemmin kuin ilman seulontaa tapahtuisi. Rintasyöpäkuolleisuus pieneni 42 % mammografiaseulontaan kutsutuilla 55–69-vuotiailla suomalaisnaisilla verrattuna toisen paikkakunnan väestöön, jota ei kutsuttu lisätutkimuksiin tai leikkauksiin. (Käypähoito 2009; Riikola & Huovinen 2010.)

Naantalissa seulotaan tänä vuonna, vuosina -43, -46, -49, -51, -54, -56, -58, -60 ja -62- syntyneet naiset (Suomen syöpärekisteri 2010).

Seulonnalle ei ole voitu määrittää suositeltavaa yläikärajaa, mutta hyötyä on havaittu aina 79-vuotiaisiin asti. Tässä ikäryhmässä ei ole tehty riittävän suurta tutkimusta. (käypähoito 2009.)

Mammografiaseulonnan ja hoidon kehittymisen ansiosta Suomessa rintasyöpään sairastuneista on 89 prosenttia elossa viiden vuoden kuluttua sairastumisestaan. (Käypähoito 2010.)

Hoito

Rintasyövän hoito suunnitellaan aina sairastuneen iän ja terveydentilan sekä kasvaimen ominaisuuksien mukaan (Riikola & Huovinen 2010).

Leikkaus on yleisin rintasyövän hoitomuoto, jossa kasvain poistetaan ja tutkitaan. Rintasyöpäleikkaus voi olla joko rinnan säästävä tai rinta voidaan joutua poistamaan kokonaan. (Riikola & Huovinen 2010.)

Rintasyöpäleikkauksen yhteydessä selvitetään, onko syöpä levinnyt kinalon imusolmukkeisiin. Jos kasvain on alle kolme senttimetriä, voidaan asia tutkia ottamalla kinalosta näytteeksi vartijaimusolmuke. Mikäli vartijaimusolmuke on terve, ei kinaloa välttämättä tyhjennetä imusolmukkeista. (Riikola & Huovinen 2010.)

Leikatulle rinnalle annetaan sädehoitoa, joskus myös rinnan poiston jälkeen jolloin uusiutumisen riski pienenee. Leikkauksen jälkeen annettavassa liittämissä sädehoidossa eli adjuvanttihoitoissa yleisimmin käytettyjä lääkkeitä ovat solunsalpaajahoito (sytostaattihoido), trastutsumabi-vasta-ainehoito ja hormonaalinen hoito. Lääkkeitä voidaan käyttää joko yksin tai yhdistelmänä. (Riikola & Huovinen 2010.)

Sädehoitoa annetaan laitteella ulkopuolelta tai sisäisesti. Sillä tuhotaan pieniä syöpäsoluja joita ei voi leikata ja voidaan estää myös syövän leviäminen. Röntgensäteet osoitetaan suoraan halutulle kehon alueelle, eivätkä ne aiheuta kipua. Yksi sädehoitokerta kestää muutamia minutteja, mutta hoitajakso kestää yleensä monta viikkoa. Sädehoitoa voidaan antaa myös ennen leikkausta pienentämään kasvainta ja näin helpottamaan leikkausta. Sitä annetaan myös levinneessä syövässä oireiden lievittämiseen. (Syöpäjärjestöt 2010b)

Solunsalpaajilla eli sytostaateilla voidaan hoitaa levinnyttä rintasyöpää, sekä estää syövän uusiutuminen, jos riski on suuri. Sytostaatteja voidaan antaa suonensisäisesti tai suun kautta. Verenkierron mukana lääkeaine kulkeutuu kaikkialle elimistöön ja tuhoaa myös muualla kehossa olevia syöpäsoluja. Solunsalpaajat aiheuttavat usein haittavaikutuksia kuten pahoinvointia ja hiustenlähtöä. Hiukset kuitenkin kasvavat hoidon jälkeen takaisin, myös muut haittavaikutuksen loppuvat hoidon jälkeen. (Syöpäjärjestöt 2010c)

Sytostaatteja annetaan tabletteina tai i.v.-tiputuksena suoraan suoneen. Joskus sytostaatteja annetaan myös suoraan elimeen esim. virtsarakkoon tai selkäydinkanavaan. (Syöpäjärjestöt 2010b.)

Ennuste

Rintasyövän ennuste on parantunut seulontojen myötä, kaikkiaan kuolleisuus on vähentynyt 28 %. Seulontaan osallistuneita 50–69-vuoden ikäisiä naisia kuolee 22 % vähemmän verrattuna niihin, jotka eivät ole seulontaan osallistuneet. Vuosina 2007–2009 rintasyöpään sairastuneista naisista viiden vuoden jälkeen oli elossa 89 %. (Pukkala ym. 2011, 54–55, 58.)

Keuhkosityöpä

Keuhkosityöpä on yleisimpiä syöpätauteja. Siihen sairastuu vuosittain vajaat 2100 suomalaista. Keuhkosityöpä on Suomessa miesten toiseksi yleisin syöpä (Syöpäjärjestöt 2011a).

Keuhkosityöpä saa alkunsa keuhkoputken tai keuhkokudoksen solujen muuttuessa pahanlaatuisiksi. Tautia esiintyy eniten niissä osissa suomea, joissa ilma on puhtainta. (Holmia ym. 2006).

Tupakointi on tavallisin keuhkosityövän aiheuttaja: 90 % keuhkosityöpätapauksista johtuu tupakanpoltosta. Tupakoinnin lopettaneen riski sairastua keuhkosityöpään vähenee ja lähestyy kymmenessä vuodessa tupakoimattoman sairastumisvaaraa. Keuhkosityöpä voi lähettää etäpesäkkeitä eri puolille elimistöä. Keuhkojen verisuonitus on tiheää, ja siellä on myös runsaasti imusuonia, joten syöpäsolut leviävät helposti. Yleisoreet ovat keuhkosityövässä tavallisia. Sellaisia ovat ruokahaluttomuus, heikkous, väsymys, kuumeilu ja laihtuminen. (Syöpäjärjestöt 2011a.)

Ensioireita

- veriset yskökset
- hengenahdistus
- toistuvat keuhkotulehdukset

Joskus sairaus löytyy vasta kaulaan ilmestyvistä suurentuneista imusolmukkeista, joihin kasvain on levinnyt. (Syöpäjärjestöt 2011a.)

MUITA SYÖPIÄ**Paksusuolisyöpä**

Sairastumisriskiä lisäävät pitkäaikaiset suoliston tulehdussairaudet, kuten haavainen paksusuolentulehdus tai Crohnin tauti. Suolistosyövän vaara liittyy runsaaseen rasvan käyttöön ja niukkaankuitujen saantiin. Sairastumisalttius voi periytyä. Erilaiset vatsan toimintahäiriöt, kuten vatsakipu, ummetus, vaihteleva ripuli ja ulostamisvaikeus ovat yleisiä oireita. (Syöpäjärjestöt 2011h.)

Naantalissa seulotaan vuonna-12 seuraavien syntymävuosien mukaan: -48, -50, -52 (Suomen syöpärekisteri 2010).

Mahasyöpä

Suomessa todetaan vuosittain lähes 1000 uutta tapausta. Mahasyövän riskiä lisää erilaiset mahasairaudet, esim. gastriitti. Oireista yleisin on laihtuminen, ylävatsakipu, pahoinvointi jne. (Syöpäjärjestöt 2011g.)

Haimasyöpä

Haimasyöpä on vakava tauti, joka on tuntemattomasta syystä yleistymässä. Suomessa todetaan vuosittain noin 700 uutta tapausta. Sairaus löytyy harvoin varhaisvaiheessa. Haimasyöpä on iäkkäiden ihmisten sairaus, sillä esiintymishuippu on 70 vuoden iässä. Joskus sitä tavataan nuorillakin ihmisillä. (Syöpäjärjestöt 2011b.)

Munuaissyöpä

Munuaissyöpä on yleisempi miehillä kuin naisilla. Suomessa todetaan vuosittain noin 700 uutta tapausta. Tupakointi ja ylipaino lisäävät sairastumisvaaraa munuaissyöpään. Myös korkea verenpaine ja verenpainelääkitys näyttävät olevan jotenkin yhteydessä sairastumisvaaraan. (Syöpäjärjestöt 2011c.)

Kohdunrungsyöpä

Kohdunrungsyöpä on Suomessa kolmanneksi yleisin naisten pahanlaatuinen kasvain. Syövän vaarattekijöitä ovat lihavuus, sokeritauti sekä hormonitasapainon häiriöt. Hedelmättömyys, myöhään jatkuvat kuukautiset, kohdun limakalvon liikakasvu ja rintasyövän hoitoon käytettävän tamoksifeeni-lääkkeen käyttö suurettavat sairastumisvaaraa. (Syöpäjärjestöt 2011d.)

Kohdunkaulansyöpää seulotaan tänä vuonna Naantalissa -52, -57, -62, -67, -72, -77 ja -82- syntyneiltä naisilta. (Suomen syöpärekisteri 2010.)

Ihosityöpä

Suurin osa ihosityövistä on joko okasolusyöpiä, tyvisolusyöpiä tai melanoomia. Ihosityövän tärkein syytekijä on toistuva palaminen auringossa, varsinkin lapsuusiässä. (Syöpäjärjestöt 2011e.)

Aivokasvaimet

Aivokasvain on kallon sisällä sijaitseva kasvain, joka voi olla lähtöisin joko aivokudoksesta tai aivokalvoista. Aikuisten aivokasvaimista glioomat (aivojen tukikudoksen kasvaimet) ovat selvästi yleisimpiä. Aivokasvain voi olla hyvänlaatuinen tai pahanlaatuinen. Myös hyvänlaatuiset aivokasvaimet voivat olla vaarallisia, jos ne painavat tärkeitä aivokudoksia. (Syöpäjärjestöt 2011f.)

LÄHTEET:

Holmia, S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Pukkala, E.; Sankila, R. & Rautalahti, M. Syöpä Suomessa 2011. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisu nro 82. Helsinki: Suomen Syöpäyhdistys.

Riikola, T. & Huovinen, R. 2010. Rintasyövän toteaminen. Käyvän hoidon potilasversiot. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 1.2.2012
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/naytaartikkeli/tunnus/khp00026>.

Rintasyöpä (diagnostiikka ja seulonta). Käypä hoito-suositus 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Rintasyöpäryhmä ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009 Viitattu 1.2.2012. www.kaypahoito.fi Etusivu -> Suositukset -> Syöpätaudit.

Rintasyöpä (hoito ja seuranta). Käypä hoito-suositus 2007. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Rintasyöpäryhmä ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2007 Viitattu 1.2.2012. www.kaypahoito.fi Etusivu -> Suositukset -> Syöpätaudit

Syöpäjärjestöt 2010a. Mikä on syöpä? Viitattu 30.1.2012. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopa>

Syöpäjärjestöt 2010b. Sädehoito. Viitattu 30.1.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/sadehoito>

Syöpäjärjestöt 2010c. Solunsalpaajat eli sytostaatit. Viitattu 30.1.2012
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/solunsalpaajat/>

Syöpäjärjestöt 2010d. Syövän oireet. Viitattu 10.12.2011. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/oireet/>

Syöpäjärjestöt 2011a. Keuhkosyöpä. Viitattu 1.2.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/keuhkosyopa>

Syöpäjärjestöt 2011b. Haimasyöpä. Viitattu 1.2.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/haimasyopa/>.

Syöpäjärjestöt 2011c. Munuaissyöpä. Viitattu 1.2.2012
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/munuaissyopa/>.

Syöpäjärjestöt, 2011d. Kohdunrunkonsyöpä. Viitattu 1.2.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/kohdunrunko/>

Syöpäjärjestöt 2011e. Ihosyöpä, viitattu 1.2.2012
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/ihosyovat/>

Syöpäjärjestöt 2011f. Aivokasvaimet, viitattu 1.2.2012
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/aivokasvaimet/>

Syöpäjärjestöt 2011g. Mahasyöpä, viitattu 1.2.2012
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/mahasyopa/>

Syöpäjärjestöt 2011h. Paksu- ja peräsuolensyövät, viitattu 1.2.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/suolistosyovat/>

Suomen syöpärekisteri 2010. Joukkotarkastukset->ketkä kutsutaan joukkotarkastukseen? Viitattu 30.1.2012.
<http://www.cancer.fi/syopärekisteri/joukkotarkastusrekisteri/yleisölle/ketkäkutsutaanjoukkotarkastukseen>

Suomen Syöpärekisteri 2011. Uusien syöpätapauksien määrät keskimäärin vuosina 2005–2009 primaari-paikoittain ja iän mukaan, NAISSET. Viitattu 27.1.2012. www.syoparekisteri.fi
<http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0008i0.html>

Suomen Syöpärekisteri 2012a. Yleisimmät syövät vuonna 2010, MIEHET. Viitattu 2.2.2012.
<http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0020i0.html>

Suomen Syöpärekisteri 2012b. Yleisimmät syövät vuonna 2010, NAISSET. viitattu 2.2.2012.
<http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0021i0.html>

PowerPoint, Lähetys 1.

SYÖPÄ

Heidi Van Gysel, Janina Hirvonen ja
Saana Mashiri

1

MITÄ SYÖPÄ ON?

- Joka kolmas suomalainen sairastuu syöpään.
- Riski kasvaa ikääntyessä.
- Vuosittain syöpään sairastuu noin 24 000 ihmistä.
- Puolet sairastuneista paranee.

2

MITÄ SYÖPÄ ON?

- Yhteisnimitys kaikille pahanlaatuisille kasvaimille.
- Solu muuttuu pahanlaatuiseksi ja alkaa jakautua.
- Vähitellen solukosta muodostuu kasvain.
- Syövän kehittyminen kestää vuosia.

3

SYÖPÄSANASTOA

- Onkologi= syöpätautien erikoislääkäri
- Tuumori= kasvain (hyvän- tai pahanlaatuinen)
- Metastaasi= etäpesäke
- Karsinooma= yleisin syöpämuoto
- Karsinogeeni= syövälle altistava tekijä

4

SYÖPÄSANASTOA

- Biopsia= koepala
- PAD= koepalasta saatu diagnoosi
- Kuratiivinen hoito= parantava hoito
- Palliatiivinen hoito= oireita lievittävä hoito, ei paranna sairautta

3

SYÖPÄSANASTOA

- Kemoterapia= solunsalpaaja- ja hormonihoito
- Säteihoito= tuhoaa syöpäsoluja ja kutistaa kasvaimia
- Sytostaatti= solunsalpaajalääke

6

SYÖVÄN RISKITEKIJÄT

- Tupakka
- Ikääntyminen
- Säteily
- Virukset
- Alkoholi
- Epäterveellinen ruokavalio
- Vähäinen liikunta
- Perinnöllisyys

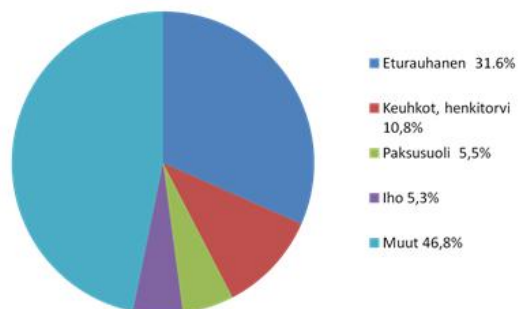
7

SYÖVÄN YLEISIÄ OIREITA

- Kyhmyt ja haavaumat, jotka eivät parane
- Luomi muuttaa kokoa tai väriä
- Uudet tai kasvavat ihomuutokset
- Selittämätön verenvuoto
- Kurkun jatkuva käheys
- Ulostamisen ja virtsaamisen muutokset
- Painon selittämätön laskeminen

8

Miesten yleisimmät syövät, 2010



9

ETURAUHASSYÖVÄN RISKIT

- perinnöllinen taipumus
- runsas rasvan käyttö
- ylipaino
- tupakointi
- beetakaroteenin liikasaanti
- D-vitamiinin puute

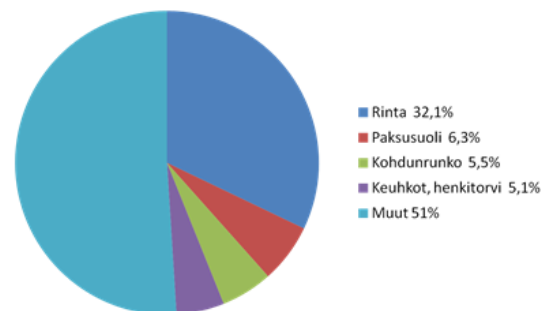
10

ENSIOIREITA

- Virtsaamisvaivat
- Verivirtsaisuus
- Virtsatietulehdus
- Selkäkipu
- Luustokipu
- Outo luunmurtuma

11

Naisten yleisimmät syövät 2010



12

RINTASYÖVÄN RISKIT

- Lapsettomuus tai ensimmäinen synnytys yli 30-vuotiaana.
- Pitkäaikainen hormonikorvaushoito.
- Ylipaino
- Runsas alkoholinkäyttö.

13

RINTASYÖVÄN OIREET

- kova ja aristamaton kyhmy rinnassa
- kipu
- rinnan kuumotus tai punoitus
- ihon vetäytyminen kuopalle
- nännistä erittyvä kirkas tai verinen neste
- kyhmy kainalossa
- ihottuma

14

Tutkimukset

- Inspektio eli silmämääräinen tarkastelu
- Palpaatio eli rintojen ja kainaloiden tunnustelu käsin
- Mammografia ja ultraäänitutkimus
- Koepala

15

Seulonta

- 2 vuoden välein 50–69-vuotiailla naisilla.
- Muut löytävät rintasyövän useimmiten itse.
- Rintasyöpäkuolleisuus pieneni 42 % mammografiaseulotuilla 55–69-vuotiailla suomalaisnaisilla.
- Yläikärajaa ei ole voitu määrittää, mutta hyötyä on havaittu aina 79-vuotiaisiin asti.

16

Lähetys 2.

Syöpäpotilaan elämänlaatu ja jaksaminen 16.2

Tänään käsittelemme syövän mukanaan tuomia psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia, syöpäpotilaan ja hänen omaisensa elämänlaatua ja jaksamista. Toivomme keskustelua siitä, mikä kohottaa elämänlaatua raskaassa elämäntilanteessa. (Yleisesti muissakin elämäntilanteissa)

Alkuun mietimme syöpädiagnoosin herättämiä tunteita ja kriisivaihetta. (Syöpäpotilaan kertomus)

Sairastumisen aiheuttamat tunteet

Syöpään sairastuminen voi olla pysähdyttävä asia, joka pakottaa miettimään totutun elämän uudelleen. Tunteet voivat vaihdella laidasta laitaan, ja olo on epätodellinen. Potilas miettii, voiko asia todella olla totta ja tapahtua juuri hänelle. (Suomen syöpäpotilaat 2011a, 30.)

Terveys on ehkä ollut itsestään selvyyttä, jopa ylpeyden aihe. Diagnoosin jälkeinen aika tuntuu usein sekavalta. Pelko ja ahdistus voivat olla jatkuvasti läsnä. Mielessä liikkuvat usein kapinointi ja katkeruus. Toivo ja toivottomuus voivat vaihdella. Epävarmuus elämästä saattaa ahdistaa. On myös tyypillistä, että syytä sairauteen pohditaan ankarasti. Syöpään ja sen hoitoihin liittyy hyvin usein masennus. (Suomen Syöpäpotilaat 2008, 19.)

Sairauden mukanaan tuomat ajatukset vievät paljon voimavaroja, jolloin sairastunut tuntee itsensä helposti uupuneeksi ja aloite- ja keskittymiskyvyttömäksi. Töissä käyminen saattaa hankaloitua, kotityöt tuntuvat raskaammilta kuin ennen eikä vapaa-ajalla jaksa enää harrastaa samalla lailla kuin ennen. Ihmissuhteet voivat muuttua, sairaus ja sen hoidot vaikuttavat myös seksuaalielämään. Nämä ovat usein ohimeneviä, jotka poistuvat kuntoutumisen myötä. (VSSH 2010.)

Ei ole oikeaa tai väärää tapaa kohdata sairauden aiheuttamaa kriisiä. Jokainen kohtaa asiat omalla tavallaan. Usein kestää jonkin aikaa, ennen kuin ihminen on valmis hyväksymään tiedon vakavasta sairaudesta. Ihminen saattaa näyttää ulospäin vahvalta ja tasapainoiselta, vaikka sisällä olisi täydellinen kaaos. (Suomen syöpäpotilaat 2010c, 10)

Tunteiden kokeminen ja käsittely on tärkeää, eikä niitä pidä piilotella eikä hyssyttellä. Tunteet tulisi rohkeasti kohdata ja pyöritellä, kunnes ne ovat kuluneet loppuun. Vasta näin tehdyn surutyön jälkeen varsinainen henkinen toipuminen voi päästä kunnolla vauhtiin ja ote elämään muuttuu tukevammaksi. (Suomen Syöpäpotilaat 2011b, 26.)

Läheisten kokemus

Perheenjäsenen sairastuminen aiheuttaa muutostilanteen koko perheessä. Lähimmäiset ovat huolissaan ja heidän on läpikäytävä oma kriisinsä. On vaikea nähdä läheisen ja rakkaan ihmisen sairastavan. Läheiset voivat tukea, mutta eivät jakaa sairastamista. Sairastettava on yksin. (Suomen syöpäpotilaat 2011a, 30)

Potilaan lisäksi, jokainen perheenjäsen käy läpi oman kriisinsä. Jokaisella on siihen myös oikeus. Monet vaikeat asiat saattavat pelottaa, mutta niistä ei halua puhua muille, ettei leimautuisi itsekääksi. Omainen voi olla huolissaan, mitä sairaus aiheuttaa hänen omalle elämälleen ja tulevaisuudelleen. (Suomen syöpäpotilaat 2011c, 5.)

Tukeminen kriisissä

Olemme ainutkertaisia yksilöitä ja jokaisen elämänsä on erilainen. Osa on kohdannut tiellään paljon vaikeuksia ja kehittänyt niiden myötä omat keinonsa selviytyä. Osalla keinot eivät ole valmiina vaan ne on nyt pakko löytää. Tämän vuoksi tuen tarve vaihtelee. (Suomen syöpäpotilaat 2008, 20.)

Joskus rauhallisesti sairauteensa suhtautuva voi saada vähemmän tukea kuin voimakkaasti tunteitaan ilmaiseva sairastunut. Kuitenkin avun ja tuen tarve voi olla yhtä suuri molemmilla. (Suomen syöpäpotilaat 2011c, 10.)

Mieltä painavista asioista kannattaa puhua, sillä se selventää omia ajatuksia ja nopeuttaa kuntoutumista. Läheisten kanssa puhuminen voi joskus tuntua vaikealta, sillä sairastunut saattaa kantaa huolta omaisen jaksamisesta. Vieraalle puhuminen voi olla helpompaa. Hoitoyksikössä on tarjolla mahdollisuus keskustella omahoitajan tai kuntoutusohjaajan kanssa, joka vie asian eteenpäin. (VSSHP 2010)

Keskusteluapua tarjoavat esimerkiksi terveystieteiden psykologit ja mielenterveystoimistojen työntekijät sekä seurakuntien perheneuvottelukeskukset. Lisäksi apua saa yksityisiltä psykologeilta, jotka ovat aina maksullisia. Syöpäyhdistykseltä saa apua ilmaiseksi. Joissakin tapauksissa voi olla hyödyllistä, että sairastunut ja omainen menevät yhdessä keskustelemaan jonkun kanssa. (VSSHP 2010.)

Toisen syöpäpotilaan tuki voi helpottaa. Syöpäjärjestöjen kautta saa vertaistukea ja ne tarjoavat myös ensitiedon kurssia, jotka ovat saatavana myös verkkoversiona. Kurssilla kerrotaan perusasioita syövästä ja sen hoidosta, järjestön tarjoamista palveluista ja kuntoutusmahdollisuuksista. (VSSHP 2010.)

PowerPoint-esitys: Tukipalveluiden yhteystiedot

Omat selviytymiskeinot ja elämänlaatu

Kertoisitko omista selviytymiskeinoistanne? Mistä saatte voimia kun on raskasta? Mikä tekee elämästä laadukasta?

Syöpä aiheuttaa myös ruumiillisia muutoksia, jotka voivat heikentää myös itsetuntoa ja luottamusta tulevaisuudesta. Lippu on kuitenkin hyvä pitää korkealla itsensä ja läheistensä vuoksi. Itsetuntoa voi nostaa esimerkiksi seuraavilla keinoilla:

- Liikunta, etenkin raiteissa ulkoilmassa
- Pitää huolta ulkonäöstään
- Iloitse onnistumisistasi ja saavutuksistasi, palkitse itseäsi haluamallasi tavalla
- Tee asioita joista itse pidät
- Muistele menneisyytesi hyviä hetkiä, mutta älä jää sinne kiinni
- Tee lista asioista jotka saavat sinut hyvälle tuulelle
- Elämänsänsä on omasta itsestä kiinni
- Tärkeää on myös riittävä lepo ja ravinto, jotka edesauttavat jaksamaan ja nopeuttavat kuntoutumista. (Suomen syöpäpotilaat 2011b, 33.)

Hoitojen loputtua

Hoitojen loputtua edessä on paluu arkeen, vointi paranee ja voimat palaavat pikkuhiljaa. Arkeen sopeutuminen on kuitenkin vaikeaa ja potilas tarvitsee vielä tukea läheisiltä ihmisiltä. (Syöpäjärjestöt 2010.)

Monet syövästä parantuneet kokevat elämänsä rikkaampana kuin ennen. Sairaus muistuttaa siitä, että kukaan meistä ei elä ikuisesti. Sairaus usein opettaa mikä elämässä on tärkeää. (Syöpäjärjestöt 2010.)

Monilla syövästä parantuneilla elää pelko sairauden uusiutumisesta. Tämä pelko lievenee ajan mittaan, jonakin päivänä koittaa aika jolloin syöpä ei enää hallitse elämää. Sairauden uusiutumisesta kukaan ei tiedä varmasti etukäteen. Lääkäri voi kertoa riskeistä, mutta tässäkin asiassa jokainen ihminen on yksilö. (Syöpäjärjestöt 2010.)

Saattohoito ja kuolema

Joskus käy kuitenkin niin, että syövästä ei ole mahdollista parantua. Tällöin lääkäri tekee päätöksen saattohoidon aloittamisesta. Saattohoitopäätös tehdään, kun parantavat hoidot eivät tuota tulosta.

Saattohoito on oireenmukaista hoitoa, jossa kunnioitetaan ihmistä ja hänen läheisiään. (Syöpäjärjestöt 2011.)

Saattohoidon tavoitteena on antaa potilaalle turvallinen ja kivuton kuolema sekä auttaa läheisiä selviytymään tilanteesta. Ympäristön tulee olla häiriötön ja hoidon tulee olla potilasta kunnioittavaa. Potilaan oloa helpottaa tunne siitä, että hänen toiveitaan kuunnellaan. (Syöpäjärjestöt 2011.)

Lähteet:

Suomen syöpäpotilaat 2008. Eturauhassyöpäpotilaan opas. Helsinki: Suomen syöpäpotilaat ry.

Suomen syöpäpotilaat 2011a. Rintasyöpäpotilaan opas. Helsinki: Suomen syöpäpotilaat ry.

Suomen syöpäpotilaat 2011b. Selviytyjän matkaopas. Helsinki: Suomen syöpäpotilaat ry.

Suomen syöpäpotilaat 2011c. Opas syöpäpotilaan läheiselle. Helsinki: Suomen syöpäpotilaat ry.

Syöpäjärjestöt 2010. Hoitojen loputtua edessä on paluu arkeen. Saatavissa: <http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/hyvinvointi/jalkeen/>. Viitattu 18.4.2012.

Syöpäjärjestöt 2011. Saattohoito ja kuolema. Saatavissa: <http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/saatto/>. Viitattu 18.4.2012.

VSSHP 2010. Sosiaaliturva, henkinen tuki, sopeutumisvalmennuskurssit. Saatavissa: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3063/6881/>. Viitattu: 18.4.2012.

PowerPoint, Lähetys 2.

YHTEYSTIETOJA

- **SYÖPÄJÄRJESTÖT:** www.cancer.fi

- **VALTAKUNNALLINEN NEUVONTA**

Syöpäyhteys -puhelinnumerosta **0800 19414**

Päivystys maanantaisin klo 10 – 14 ja 16 – 18 sekä tiistaista perjantaihin klo 10 – 14.

1

YHTEYSTIETOJA

- **LOUNAIS-SUOMEN SYÖPÄYHDISTYS**

R.Y. www.lssy.fi

- **SYÖPÄNEUVONTA-ASEMA (TURKU)**

– Meri-Karinan toiminta- ja palvelukeskus

Seiskarinkatu 35, 20900 Turku

Puhelinneuvonta: **02 2657 927**

ma - pe 9 - 10 ja 13 – 14

2

YHTEYSTIETOJA

- **NAANTALIN VANHUSTEN TUKI r.y** (toimii yhteistyössä kaupungin ja seurakunnan kanssa)
 - Tilaisuudet ovat kaikille avoimia ja maksuttomia
 - Ohjelmista tiedotetaan lehti-ilmoituksin sekä Rannikkoseudun päiväripalstalla
 - Vapaaehtoistyön yhteyshenkilö: **ma - pe klo 9.00 - 15.00 puh: 044 733 4621**

3

YHTEYSTIETOJA

- **NAANTALIN AURINKOSÄÄTIÖ**
 - **Aurinkokammari**, Myllynkiventie 5
21100 Naantali
 - Lähes kaikkina arkipäivinä ohjelmallisia tuokioita päivän piristykseksi.
 - Ohjelmista tiedoitetaan viikottain Rannikkoseudun Päivyri-palstalla
 - Sydämellisesti tervetulleeksi teidät toivottaa vapaa-ajanohjaaja Minna Kollin, puh. **468 6619.**


4

YHTEYSTIETOJA

- **NAANTALIN SEURAKUNTA**
 - Palveleva puhelin tarjoaa mahdollisuuden purkaa mieltä painavia asioita.
 - Suomenkielisille: **01019-0071**, su-to klo 18–01, pe ja la 18–03
 - Ruotsinkielisille: **01019-0072**, joka ilta klo 20–24

5

Opinnäytetyön toimeksiantosopimus.



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**OPINNÄYTETYÖN
TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Saana Mashiri, Heidi Van Gysel & Janina Hirvonen

Osoite [REDACTED]

Puhelin koti [REDACTED]

Sähköposti etunim.sukunimi@students.turkuamk.fi

Koulutusohjelma Hoito- ja koulutusohjelma, Sairaanhoidaja

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi

Virtu-kanavan ohjelmatuotanto: Syöpä-
sairaudet, kotona asuvien kuntouttaminen ja
yksinasuvien sekä omaishoitajien ajassa.

Aikataulu 29.8.2011 - 31.5.2012

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Turun AMK / Hyvinvointipalvelut / Virtu-projekti

Työn ohjaaja / yhteyshenkilö (Helinä Yli-Knuutila) Anna Kukkonen

Osoite Ruiskatu 8, 20720 Turku

Puhelin [REDACTED] Sähköposti helina.yli-knuutila@turkuamk.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Sari Asteljolu

Puhelin [REDACTED] Sähköposti sari.asteljolu@turkuamk.fi

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki- osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määritettyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA

11 / 11 20 11

Saana Mashiri
SAANA MASHIRI
Opiskelija

11 / 11 20 12

Heidi Van Gysel
HEIDI VAN GYSEL
Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA



Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
posti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki-osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aloitettua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLE TAVALLA

20/12 2011

13/1 2012

Opiskelija

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA



Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi